

اثربخشی درمان کوتاه مدت راه‌حل محور بر کیفیت ارتباط والد فرزندی، سازگاری هیجانی و سبک‌های حل تعارض مادران دختران درگیر شکست عاطفی

نسیم عبدلی^۱

علیرضا رشیدی^۲

محمدسجاد صیدی^۳

چکیده

این تحقیق با هدف بررسی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر کیفیت ارتباط والد فرزندی، سازگاری هیجانی و سبک‌های حل تعارض مادران دختران درگیر شکست عاطفی شکل گرفت. این پژوهش از انواع مطالعات نیمه تجربی می‌باشد که آزمودنی‌ها به شیوه در دسترس از تمامی مادران دارای دختر درگیر شکست عاطفی که شامل ۳۰ نفر بودند بصورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت برنامه مداخله‌ای کوتاه‌مدت راه‌حل محور قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل و پس از برنامه مداخله‌ای هر دو گروه پرسشنامه کیفیت رابطه والد فرزندی، سبک تعارض و سازگاری هیجانی را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان داد میزان کیفیت ارتباط والد فرزندی گروه آزمایش و شاهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون به طور معناداری با هم تفاوت داشتند و رویکرد مورد نظر در این زمینه اثربخش بوده است همچنین رویکرد مداخله‌ای درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور مورد نظر با ۹۹/۹ درصد اطمینان روی ملاک‌های سازگاری هیجانی شامل نظم بخشی انگیزتگی‌های هیجانی و فیزیولوژیک و ناامیدی و تفکر آرزومندانه تأثیرگذار بوده است و آموزش به ترتیب ۸۴ و ۷۲ درصد تغییرات واریانس در نمرات پس‌آزمون نظم بخشی انگیزتگی‌های هیجانی و فیزیولوژیک و ناامیدی و تفکر آرزومندانه را پیش‌بینی می‌کند.

واژه‌گان کلیدی: درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور، کیفیت ارتباط والد فرزندی، سازگاری هیجانی، سبک‌های حل تعارض، شکست عاطفی.

۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۲- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول) alrashidi@razi.ac.ir

۳- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

مقدمه

نشانه‌گان شکست عشقی، مجموعه‌ای علایمی است که پس از پایان یافتن یک رابطه عاطفی در افراد به وجود می‌آیند و عملکرد فرد را در حوزه‌های مختلف مورد تأثیر منفی خود قرار می‌دهد (آسایش و همکاران، ۱۳۹۹). دختران دارای شکست عاطفی و جدا شده از شریک ارتباطی خویش، بیشتر احتمال دارد تحصیل را ترک کنند و دچار مشکلات روانشناختی و جسمانی گردند (آجای و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات در این زمینه نشان داده‌اند شکست عاطفی اثرات بسیار شدید و ناگهانی دارد که سلامت فیزیکی و جسمانی فرد براساس ابعاد مختلف را تهدید و در شرایط منفی و نامناسبی قرار می‌دهد (پوپال، ۲۰۱۵).

در این شرایط فرد نیاز دارد منابع مهارتی روانشناختی خویش را بکار گیرد و از این طریق در مقابل آسیب‌های روانشناختی مقاومت نماید. این مهارت‌ها، به عنوان ظرفیت افراد برای پاسخ دادن و حتی شکوفا شدن در شرایط فشارزای مثبت و منفی تعریف شده است (سوتومارکوئیز، آیالا و ماتا، ۲۰۱۳). در زمینه تأثیر مهارت‌های روانی بر سلامت جسمی و روانی، بررسی‌ها نشان داده کاهش میزان مهارت‌های روانی در برابر رویدادهای زندگی، در افراد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب اجتماعی و افسردگی همراه است (پرز اولوآ، گارسیا سانچز، رودریگوئز جورج و راموس کوئلار، ۲۰۱۹). از مهم‌ترین منابع مهارت‌های روانی می‌توان به روابط والد فرزندی و کیفیت این روابط در این بستر اشاره کرد. در این زمینه خانواده از افرادی شکل گرفته که اعضای آن افراد دارای یکسری ویژگی‌های منحصر به فرد با سایر اعضا می‌باشد که با تعامل منطقی در کنار یکدیگر قرار دارند. برای اینکه نظام خانواده به یک تعادل قابل قبولی برسد تحت تأثیر این تعامل‌ها قرار می‌گیرد به طوریکه اگر هر یک از افراد خانواده در انجام نقش خود در خانواده کوتاهی نماید در اینصورت نظام خانواده برای برقراری تعامل دوباره تلاش خواهد نمود (گرینسپن، ۲۰۰۶). وجود روابط میان اعضای خانواده اساس رشد و شکل‌گیری یک امنیت روانی و آرامش می‌باشد. نیازهای دلبستگی در روابط بزرگسالی مانند روابط والدین و فرزندان در کودکی است بنابراین، احساس امنیت، به حس اطمینان با توجه به در دسترس بودن و پاسخگو بودن مظهر دلبستگی و احساس خودارزشی و عدم طرد غفلت اشاره می‌کند (چیستر و بلاندون، ۲۰۱۶).

عدم دسترسی به یک ارتباط مناسب با نزدیکان به دلایل مختلف می‌تواند زمینه ایجاد یک نا امنی روانی و شرایط مبتنی بر آن باشد (کاستلانو، ولوتتی، کراول، و زاواتینی، ۲۰۱۴) که فرد را دچار آسیب و مشکلات جدی می‌نماید و در این زمینه مادر مهم‌ترین منبع حمایتی از سوی خانواده می‌باشد، از دیگر متغیرهای مرتبط در این زمینه مساله سازگاری هیجانی است. با وجود تشابهات هیجانی بین انسان‌ها انتظار می‌رود، الگویی که هر فرد برای تنظیم هیجان‌اتش استفاده می‌کند، نتایج هیجانی متفاوتی به دنبال داشته باشد. نشخوار فکری و فاجعه بار خواندن و تاحدودی سرزنش دیگران از جمله مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان است که به زعم گارنفسکی و کریچ (۲۰۰۶) در افراد به صورت متفاوتی بروز و ظهور می‌کند (به نقل از گارنفسکی و کریچ، ۲۰۰۹).

در شروع، یک هیجان یا انتخاب موقعیت عواملی وجود دارد که فرد را در موقعیت برانگیختگی هیجانی قرار می‌دهد یا او را از آن موقعیت دور می‌کند (اجتناب). در مرحله دوم (موقعیت) از طریق اصلاح موقعیت، می‌توان در فرایند تولید هیجان تغییراتی ایجاد کرد. در این مرحله، یکی از راهبردهای تنظیم کننده هیجان، خوداظهاری است. در مرحله سوم (توجه) یکی از راه‌های ایجاد تغییر و تنظیم هیجان، تغییر جهت و یا گسترش توجه می‌باشد. سه شیوه گسترش توجه شامل حواسپرتی، تمرکز و نشخوار فکری است. در چهارمین مرحله از مراحل تولید هیجان (ارزیابی)، ایجاد تغییرات شناختی، وظیفه تنظیم بخشی در این مرحله است و یکی از راهبردهای آن، باارزیابی شناختی می‌باشد. مرحله پاسخدهی و تعدیل پاسخ آخرین بخش از فرایند تنظیم کننده هیجان را تشکیل می‌دهد. بنابراین مدل فرایند تنظیم هیجان گروس و تامپسون شامل چند مرحله و هر مرحله شامل یک سری راهبردهای سازگار و یک سری راهبردهای ناسازگار است. به ویژه افراد دچار مشکلات هیجانی بیشتر از راهبردهای ناسازگار مانند نشخوار فکری، نگرانی و اجتناب استفاده می‌کنند (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷).
باتوجه به ساختار هیجان، سبک‌های تربیتی، ارتباطی، دلبستگی و آموزش‌های خانوادگی در این زمینه نقشی تعیین کننده دارد و مساله‌ای مهم در بروز و شکل‌گیری الگوی هیجان‌بکار گرفته شده می‌باشد (مودینس و اورمل و آلمن، ۲۰۱۰). از جمله فواید سازگاری هیجانی، کنترل سطوح برانگیختگی برای به حداکثر رساندن عملکرد، پشتکار داشتن، به رغم دلسردی و

وسوسه، جلوگیری از واکنش مخرب در مقابل تحریک و عملکرد صحیح به رغم فشارهای وارده می‌باشد. ناتوانی در سازگاری هیجانی گاهی آنقدر شدید است که بر تلاش‌های فرد برای انجام عمل صحیح چیره می‌شود (گروس و همکاران، ۲۰۰۷) و زمینه شکست در ابعاد مختلفی را موجب می‌گردد. براین اساس سازگاری هیجانی از مهم‌ترین موارد در ارتباط با ثبات هیجانی و شرایط مطلوب در این زمینه است. از دیگر مسائل موجود در این زمینه مبحث سبک‌های حل تعارض می‌باشد. سبک‌های حل تعارض، مجموعه‌ای از رفتارهای الگو برداری شده هستند که افراد به هنگام وجود تعارض از خود نشان می‌دهند و دارای دو بعد اساسی قاطعیت که اشاره به منافع خود و مشارکت که اشاره به منافع دیگری دارد (رزم‌گر و همکاران، ۱۳۹۹). اساس این ساختار شکل دهنده واکنش فرد به موقعیت است در این ساختار افراد با خودکنترلی بالا معمولاً برنامه روشنی برای رشد آینده خود و تفکر منطقی و اراده قوی دارند و برای دیگران نیز اهمیت قائل می‌شوند و نگاهی انعطاف‌پذیر در مواجهه با تعارض‌های موجود دارند (آگباریا و همکاران، ۲۰۲۱) بر این اساس این مفهوم نیز در شرایط زندگی افراد دخیل و اثرگذار می‌باشد.

در یک جمع‌بندی از مفاهیم ارائه شده شکست عاطفی، آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی فراوانی برای دختران ایجاد می‌کند که ضروری است با بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب نسبت به کاهش این آسیب‌ها اقدام شود (وجدیان و همکاران، ۱۳۹۹) و متغیرهای مهارت‌های حمایتی چون ارتباط با والدین، سازگاری هیجانی و مهارت حل تعارض ایجاد گردد. مادران مهم‌ترین منبع حمایتی این افراد می‌باشند و بر همین اساس توانمندی و مهارت این افراد در سطوح مختلف نقشی تعیین‌کننده و اساسی دارد. از رویکردهای مبتنی بر بهبود شرایط در این زمینه می‌توان به درمان راه حل محور اشاره کرد. درمان کوتاه مدت راه حل محور به دنبال بررسی چگونگی یافتن راه حل است تا اینکه مسئله محور باشد. نتایج همچنین حاکی از اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر بهبود شرایط، ایجاد سازگاری و بکارگیری صحیح از هیجانات در ابعاد مختلف می‌باشد (تاتادی، ۲۰۱۴؛ فرنام، ۱۳۹۷). در تبیین این الگو، درمان کوتاه مدت راه حل محور، یکی از رویکردهای جدید در حیطه درمان فردی، زوج درمانی و خانواده درمانی است که به جای تمرکز بر مشکلات، بر یافتن راه حل‌ها تأکید

دارد(عباسی و همکاران،۱۳۹۶). این درمان در طول چند سال گذشته بخاطر تأکیدش بر تغییرات سریع وابسته به درمان و احترامش به دیدگاه مراجع که هر دو با فلسفه مراقبت از سلامتی سازگارند، محبوبیتی زیادی بدست آورده است(راسول،۲۰۰۵) مدل مورد نظر به عنوان یک رویکرد پست مدرن نسبت به مداخلات رفتاری وابسته به همکاری بین درمانگر و مراجع برای درمان طبقه بندی می شود(لتم،۲۰۰۲) ملاک حل مشکل در درمان راه حل محور زمانی است که یا مشکل کاملاً برطرف شده است و یا پیشرفت های قابل ملاحظه ای براساس اهداف تعیین شده، حاصل شده باشد. فرآیند درمان راه حل محور معمولاً 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 (۵) ارزیابی دوباره ی مشکل و هدف (نظری و همکاران،۱۳۹۴). این رویکرد در برنامه های مختلفی مطرح است و یکی از مهم ترین حیطه های اجرایی آن مربوط به مساله مشکلات و شرایط عاطفی است. بر این اساس این تحقیق نیز بررسی اثربخشی این رویکرد را بر شرایط هیجانی، سازگاری منطبق بر آن و مساله تعارضات و روابط والد فرزندی مادران در این زمینه جستجو می کند، انجام این تحقیق زمینه روشننگری نظری و عملیاتی و امکان بهبود شرایط براساس رویکردی اثربخش را مورد بررسی قرار می دهد و می تواند براساس یافته های بدست آمده در حل مشکلات و بهبود شرایط افراد دارای شکست عاطفی نقش داشته باشد، این تحقیق مساله خویش را با نگاهی متفاوت به دیگر تحقیقات به مادران دختران قرار داده است که نگاهی فراتراز بررسی در خود مشکل است و ضمن بعد نوآورانه موضوعی، وجود جامعه خاص نیز از دیگر بخش های نوآورانه مربوط به تحقیق است. بر همین اساس این تحقیق سوال اصلی خویش را چنین مطرح می کند که درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کیفیت ارتباط والد فرزندی، سازگاری هیجانی و سبک های حل تعارض مادران دختران درگیر شکست عاطفی چه تاثیری دارد؟

دیکسیوس و همکاران(۲۰۲۱) در مطالعه ای که به بررسی نقش رویکرد کوتاه مدت بر مشکلات عاطفی افراد بر ۶۶ فرد ۱۳ تا ۱۸ ساله پرداخت. نتایج شواهد اولیه ای را برای بهبود اختلالات هیجانی پس از یک دوره ۵ هفته ای درمان نشان داد. مولترچت و همکاران(۲۰۲۱) در مطالعه ای با هدف بررسی اثربخشی درمان های راه حل محور که از یک بررسی سیستماتیک و

متاآنالیز براساس دستورالعمل‌های *PRISMA* انجام شد. بیست و یک کارآزمایی تصادفی-شاهدی (*RCTs*) تغییرات در *ER* را به دنبال مداخله روان‌شناختی در جوانانی که علائم آسیب‌شناسی روانی مختلف را نشان می‌دادند، ارزیابی کردند و نتایج نشان داد درمان‌های راه‌حل محور در بهبود و اصلاح تنظیم هیجانی در افراد در طیف‌های مختلف چون ضربه خورده عشقی اثرگذار است. گالدیولو (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای براساس روش طولی مشکلات عاطفی را مورد بررسی قرار داد این مطالعه نشان داد بکارگیری از ساختار مبتنی بر هیجان و درک هیجانی بر رابطه والد فرزند نقش دارد. سانده و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای براساس الگوی توصیفی تحلیلی نشان داد الگوی راه‌حل و مساله محوری رویکردی مهم در کاهش تعارضات و آسیب‌های روانشناختی است. آلونسو و فرس و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای براساس فراتحلیل در زمینه عوامل تعارض روانشناختی، نشان دادند که زنان به تعارض با بیان وفاداری بیشتری پاسخ دادند، در حالی که مردان پاسخ سهل‌انگارانه تری داشتند. در این مطالعات؛ ثبات هیجانی به یک عامل کلیدی در ترویج یک پاسخ سازنده برای مواجهه با تعارضات تبدیل شد که هم توسط زنان و هم توسط مردان اتخاذ می‌شود. تکلوی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای که به بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و پردازش مجدد بر افسردگی دانشجویان دختر دارای شکست عاطفی پرداخت و از الگوی علی-مقایسه‌ای در این زمینه استفاده کرد، چنین نتیجه گرفت بکارگیری الگوی اصلاح فکر و بهبود شرایط عاملی مهم در بهبود شرایط این دختران است.

رحیمی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس و خودکارآمدی عاطفی دانشجویان دختر با سابقه شکست عاطفی بود نشان داد درمان شناختی رفتاری موجب افزایش عزت نفس و خودکارآمدی عاطفی دانشجویان دختر با سابقه شکست عاطفی شد. کرمی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که مشاوره گروهی راه‌حل محور بر کاهش پرخاشگری کلامی، کاهش پرخاشگری فیزیکی و افزایش مهارت استدلال موثر است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از انواع مطالعات نیمه تجربی است که آزمودنی‌ها به شیوه در دسترس از تمامی مادران دختران دارای شکست عاطفی می‌باشد که بصورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

این تحقیق از منظر هدف کاربردی، از نظر نوع داده‌ها کمی و از منظر نحوه اجرا در دسته تحقیقات مداخله‌ای است.

گروه آزمایش تحت برنامه مداخله‌ای کوتاه‌مدت راه‌حل محور قرار می‌گیرد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمی‌کند. قبل و پس از برنامه مداخله‌ای هر دو گروه پرسشنامه کیفیت رابطه والد فرزندی، سبک تعارض و سازگاری هیجانی را تکمیل کردند.

جامعه مکانی این تحقیق استان کرمانشاه است و نواحی آموزش و پرورش ۱، ۲، ۳ به عنوان قلمرو تحقیق می‌باشد. جامعه تحقیق تمامی مادران دختران درگیر شکست عاطفی متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ می‌باشد.

۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و ۱۵ نفر به صورت تصادفی در هر گروه (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند.

در وهله اول با مشاوران مدرسه هماهنگی لازم انجام شد تا دانش‌آموزانی که در خصوص شکست عاطفی به مشاوره مراجعه کردند را معرفی کنند در آخر با ۳۰ نفر آن‌ها تماس گرفته شد و بعد از هماهنگی‌های لازم مادر آن‌ها با رعایت ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش مشارکت یافتند.

ملاک‌های ورود شامل: نداشتن بیماری جسمی یا روانی حاد، عدم مصرف داروهای جسمی و یا روانی خاص (مربوط به بیماری‌های خاص)، نداشتن سابقه بستری روانشناختی، علاقه برای مشارکت در تحقیق، اعلام آمادگی و داشتن زمان بود و ملاک‌های خروج شامل: نقض تمامی ملاک‌های ورود، غیبت بیش از دو جلسه و درخواست برای خروج از تحقیق بود.

پرسشنامه سازگاری هیجانی (*EAM*): پرسشنامه سازگاری هیجانی رایبو و همکاران (*EAM*) شامل ۲۸ گویه و ۲ خرده‌مقیاس فقدان نظم‌بخشی انگیزندگی‌های هیجانی و فیزیولوژیک و ناامیدی و تفکر آرزومندانه است و شیوه نمره‌گذاری طیف لیکرت از هیچ تا بی

نهایت همچنین دارای پایایی و روایی می باشد. سازگاری هیجانی به معنای توانایی کنترل هیجان‌ات و ارضای نیازها، برقراری روابط مناسب و درک دیگران و درونیات خود، و توانایی تحمل ناکامی و شکست است (ویج و جوسوال، ۲۰۱۰). سازگاری هیجانی تمایل افراد را برای دستیابی به تعادل، تنظیم و ثبات هیجانی به هنگام مواجهه با بی ثباتی عاطفی و هیجانی نشان می دهد (رایبو، آگادا، هانتینگاس و هرناوندز، ۲۰۰۷). از دید رایبو و همکاران (۲۰۰۷) سازگاری هیجانی شامل دو بعد "فقدان نظم بخشی انگیزندگی های هیجانی و فیزیولوژیک" و "ناامیدی و تفکر آرزومندانه" است روائی و پایایی ابزار در مطالعات مختلفی از جمله شکری (۱۳۹۵) هر دو بالای ۰/۷ گزارش گردیده است.

پرسشنامه رابطه والد فرزندی (*PCRS*): پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند (*PCRS*) توسط مارک آ. فاین، جی. آر. مورلند، و اندرو اسپوویل (۱۹۸۳) ساخته شده است که از ۲۴ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش کیفیت ارتباط والدین و فرزندان بکار می رود. *PCRS* دو فرم دارد که یکی برای سنجش رابطه فرزند با مادر و دیگری برای سنجش رابطه فرزند با پدر است. هر دو فرم برای پدر و مادر یکسان است، به جز کلمات «پدر» و «مادر» که قابل تغییر است. بنابراین فقط یک فرم در اینجا آورده شده است. اما در فرم های پدر و مادر عامل های مختلفی وجود دارد.

مقیاس رابطه والد - فرزندی با ضرایب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس های مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (همانندسازی) تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس های مربوط به مادر نیز آلفای کلی ۰/۹۶ همسانی درونی عالی دارد، این ضرایب آلفا را سازندگان مقیاس با اجرای پرسشنامه بر ۲۴۱ دانشجو به دست آورده اند. در پژوهشی که انجام داده است ضرایب پایانی محاسبه شده برای پرسشنامه فرم پدر برابر با ۰/۹۳ و برای فرم مادر ۰/۹۲ بوده است که نشان دهنده ی همسانی درونی خوبی است (شایان، ۱۳۹۹).

پرسشنامه تعارض با والدین (*CP*):

نسخه اصلی این پرسشنامه توسط فاین، جی مورلند و اندرشوبل در سال ۱۹۸۳ باهدف سنجیدن کیفیت روابط والد - فرزند ساخته شد. این مقیاس یک ابزار ۱۵ سؤالی است که سه تاکتیک حل تعارض یعنی استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی را می سنجد و

توسط اشتراوس تهیه شده است. پنج سؤال اول پرسشنامه، استدلال و پنج سؤال دوم، پرخاشگری کلامی و پنج سؤال سوم پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجد. این پرسشنامه توسط زابلی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۴۶ نفر اجرا گردید و اعتبار آن برای کل آزمون ۰/۷۴ و برای خرده مقیاس استدلال ۰/۵۸، پرخاشگری کلامی ۰/۶۵ و پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۲ گزارش نمود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر: تعارض فرزند ۰/۶۴۹ و تعارض مادر ۰/۶۳۹ محاسبه شده است. دامنه نمرات برای هر مقیاس بین ۵ تا ۲۵ است. نمره ۵ نشان‌دهنده عدم تعارض در رابطه و نمره ۲۵ نشان‌دهنده بیشترین تعارض است. دامنه نمرات برای کل آزمون بین ۱۵ تا ۷۵ است که نمره ۱۵ نشان‌دهنده عدم تعارض و نمره ۷۵ نشان‌دهنده وخیم بودن رابطه است. سؤال‌های پرسشنامه دارای پنج درجه از خیلی کم تا خیلی زیاد هستند که میزان بروز رفتار در هر پرسش را نشان می‌دهند. نمرات بالا در هر مقیاس نشان‌دهنده تعارض در آن مقیاس است. پنج سؤال پرسشنامه که مقیاس استدلال را می‌سنجد به طریقه معکوس نمره گذاری می‌شود روائی و پایایی ابزار مطلوب ارزیابی شده است (ثنائی، ۱۳۸۷).

پروتکل درمانی:

محتوای جلسات شامل موارد زیر است:

جلسه اول: معرفی مشاور و اعضا به یکدیگر، بیان قوانین گروه و اصول اساسی گروه مشاوره از جمله رازداری، مشارکت اعضا و... توافق بر سر حضور ۸ جلسه ای، تاکید بر عدم شرکت در دوره های مشابه و عدم مطالعه کتب مربوط به روانشناسی تا پایان دوره. اجرای پیش آزمون، دریافت اطلاعات ارتباط همراه با مشارکت کنندگان برای بررسی مشکلات تکلیف در منزل.

جلسه دوم: تعریف مشکل، بیان مشکل به صورت جمله ای، تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترسی، بحث و مناظره درباره مشکل هر کدام از افراد گروه، کمک به افراد گروه برای عینی کردن اهداف نهایی و ارائه تمریناتی در منزل برای ارتباط گیری با فرزند.

جلسه سوم: بررسی راه حل های موجود و ممکن، فرمول بندی و یادداشت حلقه های راه حل مشکلات، استفاده از روش بارش مغزی، بررسی تغییرات در اهداف و ارائه تمریناتی برای صحبت با فرزند در خصوص مشکلات شخصی او.

جلسه چهارم: بررسی روند ارتباطی مادر و فرزند و اصلاح در مشکلات موجود، راه‌های متفاوت برای حل مساله و نزدیکی به فرزند و ارتباط گیری در این مرحله ایجاد شد، پیدا کردن یک داستان مثبت و بکارگیری آن در ساختار رابطه ای.

جلسه پنجم: بررسی روند ارتباطی مادر و فرزند و اصلاح در مشکلات موجود، توصیف فن شاه کلید و استفاده از آن، استفاده از فن سوالات درجه‌بندی، تاکید بر الگوی عدم ایرادگیری و هدایت فن تشویق و ستایش در خانواده.

جلسه ششم: مرور جلسه گذشته و تمرینات موجود. ادامه فن شاه کلید، استفاده از فن تکالیف وانمودی، استفاده از فن سوالات راه حل محور، ایجاد روابط بین فردی نزدیک تر با ایجاد رابطه دوستی و احساس مثبت.

جلسه هفتم: مرور جلسه قبل، استفاده از سوالات مقیاسی، استفاده از فن برهان خلف، ایجاد بررسی تنظیم هیجانی براساس در نظرگیری شرایط فرد مقابل و خانواده، ایجاد همدلی و هم‌حسی عمیق، ارائه تمرین تفکر در منزل.

جلسه هشتم: بررسی احساسات افراد گروه، سنجش میزان دستیابی به اهداف تعیین شده، گرفتن پس آزمون، ارائه تکالیف مداوم به عنوان راه حل روابط در زندگی خانوادگی.

یافته‌ها

چگونگی توزیع افراد نمونه برحسب متغیرهای جمعیت شناختی: به منظور آشنایی با پاسخ دهندگان، متغیرهای جمعیت شناختی آنان به ترتیب شامل: سن، شغل و سطح تحصیلات شرکت کنندگان در ذیل ارائه گردیده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی آزمودنی ها برحسب سن

وضعیت سن	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
۴۰ تا ۴۵ سال	۷	۲۳/۳	۲۳/۳

۷۰/۰	۴۶/۷	۱۴	۴۶ تا ۵۰ سال
۱۰۰/۰	۳۰/۰	۹	۵۱ به بالا
۱۰۰/۰		۳۰	جمع کل

مطابق جدول ۴۶/۷٪ از پاسخگویان با بیشترین فراوانی در رده سنی بین ۴۶ تا ۵۰ سال قرار دارند؛ ۲۳/۳ درصد بین ۴۰ تا ۴۵ و ۳۰/۰ درصد بالای ۵۱ سال قرار دارد.

جدول ۲. توزیع فراوانی آزمودنی‌ها برحسب شغل

درصد	فراوانی	وضعیت شغل
۱۳/۳	۴	کارمند
۲۳/۳	۷	آزاد
۶/۷	۲	بازنشسته
۵۶/۷	۱۷	خانه‌دار
۱۰۰/۰	۳۰	مجموع

براساس نتایج حاصل از تحلیل شغل آزمودنی‌های تحقیق؛ ۱۳/۳ درصد کارمند می‌باشند؛ ۲۳/۳ درصد دارای شغل آزاد می‌باشند، ۶/۷ درصد بازنشسته و ۵۶/۷ درصد خانه دار می‌باشند.

جدول ۳. توزیع فراوانی آزمودنی‌ها برحسب تحصیلات

درصد	فراوانی	وضعیت تحصیلات
۴۳/۳	۱۳	زیردیپلم
۲۶/۷	۸	دیپلم
۱۳/۳	۴	فوق دیپلم
۱۶/۷	۵	لیسانس و بالاتر
۱۰۰/۰	۳۰	جمع کل

براساس جدول تحصیلات مشارکت کننده در تحقیق، ۴۳/۳ درصد زیردیپلم، ۲۶/۷ درصد دیپلم و ۱۳/۳ فوق دیپلم و ۱۶/۷ لیسانس و بالاتر بودند.

جدول شماره ۴. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین		
۵۹/۴۷	۵۸/۹۳	۹۲/۲۷	۶۴/۹۳	کیفیت رابطه والد فرزندی	کیفیت رابطه والد فرزندی
۲۵/۵۳	۲۴/۷۳	۴۹/۸۷	۲۹/۰۷	نظم بخشی انگیزندگی های هیجانی و فیزیولوژیک	سازگاری هیجانی
۲۲/۹۳	۲۲/۶۷	۳۹/۲۰	۲۲/۸۰	ناامیدی و تفکر آرزومندانه	
۱۸/۶۷	۱۹/۰۷	۱۴/۱۳	۱۸/۰	استدلال	سبک های حل تعارض
۱۶/۴۷	۱۷/۳۳	۱۱/۷۳	۱۸/۰۷	پرخاشگری کلامی	
۷/۸۰	۷/۹۳	۷/۷۳	۸/۵۳	پرخاشگری فیزیکی	

میانگین نمرات کیفیت رابطه والد فرزندی در گروه آزمایشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۶۴/۹۳ و ۹۲/۲۷ و در گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۵۸/۹۳ و ۵۹/۴۷ می‌باشد. براساس یافته‌های بدست آمده کیفیت رابطه والد فرزندی در گروه آزمایشی در پس‌آزمون ۲۷/۳۴ افزایش داشته است در حالی که گروه کنترل افزایشی به اندازه ۵۴٪ نمره داشته است.

میانگین نمرات زیرمقیاس نظم بخشی انگیزندگی های هیجانی و فیزیولوژیک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۲۹/۰۷ و ۴۹/۸۷ و در گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۲۴/۷۳ و ۲۵/۵۳ می‌باشد. براساس یافته‌های بدست آمده نظم بخشی انگیزندگی های هیجانی و فیزیولوژیک در گروه آزمایشی در پس‌آزمون ۲۰/۸۰ افزایش داشته است در حالی که گروه کنترل افزایشی به اندازه ۸۰٪ داشته است.

میانگین نمرات زیرمقیاس ناامیدی و تفکر آرزومندانه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۲۲/۸۰ و ۳۹/۲۰ و در گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۲۲/۶۷ و ۲۲/۹۳

می باشد. براساس یافته های بدست آمده ناامیدی و تفکر آرزومندانه در گروه آزمایش در پس آزمون ۱۶/۴۰ افزایش داشته است در حالی که گروه کنترل افزایش ۰/۲۵ بوده است.

میانگین نمرات سبک حل تعارض استدلال در گروه آزمایشی در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۸ و ۱۴/۱۳ و در گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۹/۰۷ و ۱۸/۶۷ می باشد. براساس یافته های بدست آمده سبک حل تعارض استدلال در پس آزمون ۳/۸۷ کاهش داشته است در حالی که گروه کنترل به اندازه ۰/۴۰ کاهش داشته است.

میانگین نمرات پرخاشگری کلامی در گروه آزمایشی در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۸/۰۷ و ۱۱/۷۳ و در گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۷/۳۳ و ۱۶/۴۷ می باشد. براساس یافته های بدست آمده پرخاشگری کلامی در پس آزمون گروه آزمایش ۶/۳۴ کاهش داشته است در حالی که گروه کنترل به اندازه ۰/۸۶ کاهش داشته است.

میانگین نمرات زیرمقیاس پرخاشگری فیزیکی در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۸/۵۳ و ۷/۷۳ و در گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۷/۹۳ و ۷/۸۰ می باشد. براساس یافته های بدست آمده پرخاشگری فیزیکی در گروه آزمایش در پس آزمون ۰/۸۰ کاهش داشته است در حالی که گروه کنترل کاهش به اندازه ۰/۱۳ داشته است.

در ادامه بررسی فرضیه های تحقیق با تحلیل کواریانس انجام شد که در بخش اول نیاز است پیش فرض های مربوط به کواریانس بررسی گردد.

جدول شماره ۵. پیش فرض های تحلیل کواریانس

شیب رگرسیون		آزمون لوین		آزمون کلموگروف اسمیرنوف		
معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	پس آزمون
	۱/۰۸۴	۰/۲۸۴	۱/۸۴۹	۰/۹۱۰	۰/۵۶۲	کیفیت رابطه والد فرزندی
	۱/۲۸۹	۰/۶۸۸	۰/۱۶۴	۰/۳۲۲	۰/۹۵۵	نظم بخشی انگیزندگی های هیجانی و فیزیولوژیک
	۱/۰۸۰	۰/۰۸۸	۱/۷۱۷	۰/۳۷۶	۰/۹۱۳	ناامیدی و تفکر آرزومندانه
	۱/۲۸۹	۰/۱۳۳	۲/۳۹۷	۰/۵۰۳	۰/۸۲۶	استدلال

پر خاشگری کلامی	۰/۷۲۸	۰/۶۶۴	۲/۵۵۸	۰/۱۲۱	۱/۱۱۱	۰/۱۲۴
پر خاشگری فیزیکی	۰/۸۴۳	۰/۴۷۷	۰/۱۳	۰/۹۱۰	۰/۸۹۲	۰/۳۹۸

با توجه به معناداری بالای ۰/۰۵ فرض صفر رد می‌گردد و توزیع نمونه نرمال و امکان انجام آزمون پارامتریک بلامانع است. همچنین براساس آزمون لوین"، سطح معناداری در گروه آزمایشی با گروه شاهد بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت از این لحاظ شرط برابری واریانس‌ها برقرار بوده و می‌توان از آزمون کوواریانس برای مقایسه دو گروه استفاده کرد. همچنین براساس معناداری شیب رگرسیون در این مفروضه بر رابطه بین همپراش و متغیر وابسته برای هر گروه متمرکز است، بنابراین بررسی می‌شود که هیچ تعاملی بین همپراش و مداخله یا همان دستکاری آزمایشی نباشد.

فرضیه اول

درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کیفیت ارتباط والد فرزندی مادران دختران درگیر شکست عاطفی تاثیر دارد.

جدول شماره ۶: تحلیل کواریانس اثربخشی مداخله بر کیفیت ارتباط والد فرزندی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
همپراش	۶۴۰,۴۷۲	۱	۶۴۰,۴۷۲	۱۶,۳۶۳	۰/۰۰۱
گروه	۵۴۶۵,۶۶۲	۱	۵۴۶۵,۶۶۲	۱۳۹,۶۳۵	۰/۰۰۱
خطا	۱۰۵۶,۸۴۸	۲۷	۳۹,۱۴۳		
کل	۱۸۴۴۸۴	۳۰			

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد میزان کیفیت ارتباط والد فرزندی گروه آزمایش و شاهد پس از حذف اثر پیش آزمون به طور معناداری با هم تفاوت دارند. این نتیجه به این معناست که با توجه به نتایج ذکر شده، درمان بین فردی کوتاه مدت بر کیفیت ارتباط والد فرزندی تاثیر معنادار دارد.

فرضیه دوم

درمان کوتاه مدت راه حل محور بر سازگاری هیجانی مادران دختران درگیر شکست عاطفی تاثیر دارد.

برای بررسی در این فرضیه تحقیق از کواریانس چندگانه استفاده شد.
 جدول ۷: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره های پس
 آزمون مقوله های سازگاری هیجانی در گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	P value
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۸۰	۹۸/۸۵	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۲۰	۹۸/۸۵	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۷/۳۲۲	۹۸/۸۵	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۷/۳۲۲	۹۸/۸۵	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که بین پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای سازگاری هیجانی، تفاوت معنی داری در سطح ($P < 0/001$) وجود دارد، بنابراین می توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه، تفاوت معنی داری وجود داشته است. جهت پی بردن به این تفاوت، چند تحلیل کواریانس در متن «مانکوا» انجام گرفت.

جدول ۸: تحلیل کواریانس متغیرها

مؤلفه	منبع پراش	SS	df	MS	F	Sig.	Eta
نظم بخشی انگیزختگی های هیجانی و فیزیولوژیک	شرایط آزمایشی	۴۴۴۰/۸۳۳	۱	۴۴۴۰/۸۳۳	۱۵۲/۸۵	۰/۰۱	۰/۸۴
	خطا	۸۱۳/۴۶۷	۲۸				
نامیدی و تفکر آرزومندانه	شرایط آزمایشی	۱۹۸۴/۵۳۳	۱	۱۹۸۴/۵۳۳	۷۲/۴۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	خطا	۷۶۷/۳۳۳	۲۸				

براساس یافته‌های بدست آمده رویکرد مداخله‌ای درمان کوتاه مدت راه حل محور مورد نظر با ۹۹/۹ درصد اطمینان روی ملاک‌های سازگاری هیجانی شامل نظم بخشی انگیزختگی های هیجانی و فیزیولوژیک و ناامیدی و تفکر آرزومندانه تأثیرگذار بوده است و آموزش به ترتیب ۸۴ و ۷۲ درصد تغییرات واریانس در نمرات پس آزمون نظم بخشی انگیزختگی های هیجانی و فیزیولوژیک و ناامیدی و تفکر آرزومندانه را پیش بینی می کند.

فرضیه سوم

درمان کوتاه مدت راه حل محور بر سبک‌های حل تعارض مادران دختران درگیر شکست عاطفی تاثیر دارد.

جدول ۹: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمره های پس آزمون مقوله های سبک های حل تعارض در گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	P value
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۱۸	۲۲/۰۸	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۸۲	۲۲/۰۸	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۵۴۸	۲۲/۰۸	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۵۴۸	۲۲/۰۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای سبک‌های حل تعارض، تفاوت معنی‌داری در سطح $(P < 0/001)$ وجود دارد، بنابراین می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. جهت پی بردن به این تفاوت، چند تحلیل کوواریانس در متن «مانکوا» انجام گرفت.

مؤلفه	منبع پراش	SS	df	MS	F	Sig.	Eta
استدلال	شرایط آزمایشی	۱۵۴/۱۳۳	۱	۱۵۴/۱۳۳	۳۲/۹۲۸	۰/۰۱	۰/۵۲۴
	خطا	۱۳۱/۰۶۷	۲۸				
پرخاشگری کلامی	شرایط آزمایشی	۱۶۸/۰۳۳	۱	۱۶۸/۰۳۳	۳۶/۰۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
	خطا	۱۳۰/۶۶۷	۲۸				
پرخاشگری فیزیکی	شرایط آزمایشی	۰/۰۳۳	۱	۰/۰۳۳	۰/۰۰۸	۰/۰۱	
	خطا	۱۱۷/۳۳۳	۲۸				

جدول ۱۰: تحلیل کوواریانس متغیرها

یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس، نتایج زیر را نشان داد رویکرد مداخله‌ای مورد نظر با ۹۹/۹ درصد اطمینان بر استدلال و پرخاشگری کلامی تأثیرگذار بوده است و آموزش به ترتیب ۵۲ و ۵۵ درصد تغییرات واریانس در نمرات پس آزمون استدلال و پرخاشگری کلامی را پیش بینی می‌کند. همچنین رویکرد مورد نظر بر پرخاشگری فیزیکی تأثیر معناداری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

عشق و شکست یک مساله مهم در زندگی می‌باشد که دارای اثرات و تبعات بسیاری زیادی است (جین و همکاران، ۲۰۱۷) و این مساله در دختران چالش‌های بیشتری را در بردارد. دختران با مشکلات هیجانی و استرس‌های زیادی روبرو هستند که سازگاری و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از مواردی که سلامت آنان را تهدید می‌کند، شکست عاطفی است. نشانگان ضربه عشق، مجموعه علائم شدیدی است که پس از فروپاشی یک رابطه رمانتیک بروز می‌کند، عملکرد فرد را در زمینه‌های متعدد مختل می‌کند و مدت زمان زیادی هم باقی می‌ماند. این شکست عاطفی اغلب به عنوان یک شوک تجربه می‌شود چراکه انتظارات فرد از رابطه و ایمن بودن آن را به شدت نقض می‌کند. بی‌تردید این مساله در ارتباط با خانواده و اعضای آن و به خصوص مادر می‌باشد که برحسب این شرایط اثرات زیادی را نیز بر مادر و افراد خانواده دارد (هادسون و همکاران، ۲۰۱۴) بر همین اساس همانطور که فرزند نیاز به مداخله و بهبود شرایط دارد مادر نیز باید الگوی صحیح برخوردی در این زمینه را

فراگیرد و این تحقیق در همین راستا این مساله را در این خانواده‌ها براساس الگوی درمان کوتاه مدت راه حل محور مورد بررسی قرار داد. یافته‌های توصیفی برای بررسی این فرضیه تحقیق نشان داد میانگین نمرات کیفیت رابطه والد فرزندی در گروه آزمایشی در پیش آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۶۴/۹۳ و ۹۲/۲۷ و در گروه گواه در پیش آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۵۸/۹۳ و ۵۹/۴۷ می‌باشد. براساس یافته‌های بدست آمده کیفیت رابطه والد فرزندی در گروه آزمایشی در پس آزمون ۲۷،۳۴ افزایش داشته است در حالی که گروه کنترل افزایشی به اندازه ۰،۵۴ نمره داشته است. نظم بخشی انگیزختگی‌های هیجانی و فیزیولوژیک در گروه آزمایشی در پس آزمون ۲۰،۸۰ افزایش داشته است در حالی که گروه کنترل افزایشی به اندازه ۰،۸۰ داشته است. ناامیدی و تفکر آرزومندانه در گروه آزمایشی در پس آزمون ۱۶،۴۰ افزایش داشته است در حالی که گروه کنترل افزایش ۰/۲۵ بوده است. سبک حل تعارض استدلال در پس آزمون ۳،۸۷ کاهش داشته است در حالی که گروه کنترل به اندازه ۰،۴۰ کاهش داشته است. پرخاشگری کلامی در پس آزمون گروه آزمایشی ۶،۳۴ کاهش داشته است در حالی که گروه کنترل به اندازه ۰،۸۶ کاهش داشته است. پرخاشگری فیزیکی در گروه آزمایشی در پس آزمون ۰،۸۰ کاهش داشته است در حالی که گروه کنترل کاهش به اندازه ۰،۱۳ داشته است. براساس نتایج بدست آمده تحلیل کواریانس درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کیفیت ارتباط والد فرزندی، سازگاری هیجانی و سبک‌های حل تعارض مادران دختران درگیر شکست عاطفی تاثیر داشت. این نتایج با یافته‌های دیکسیوس و همکاران (۲۰۲۱) که در مطالعه‌ای به بررسی نقش رویکرد کوتاه مدت بر مشکلات عاطفی افراد بر ۶۶ فرد ۱۳ تا ۱۸ ساله پرداخت و نتایج نشان داد این مداخله کوتاه مدت با الگوی راه حل محوری می‌تواند به عنوان ابزاری برای بهبود ثبات عاطفی در افراد با بار بالای آسیب شناسی روانی مرتبط با تروما در نظر گرفته شود و نیز تحقیق گینگریچ و همکاران (۲۰۱۳) که در مطالعه‌ای براساس رویکرد مرور منظم از مطالعات انجام گرفته در زمینه رویکرد کوتاه مدت راه حل محور که به بررسی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه پرداخت و این مطالعه نشان داد درمان کوتاه مدت راه حل محور نقشی مهم در کاهش مشکلات عاطفی و افسردگی در جوامع مورد بررسی داشته است و دیگر تحقیقات موجود در این حوزه چون آلونسو و فرس و همکاران (۲۰۱۹) و... همسویی و

همراستایی در یافته‌های بدست آمده را دارد و بیان کننده این مساله است که درمان کوتاه مدت راه حل محور به دنبال بررسی چگونگی یافتن راه حل است تا اینکه مسئله محور باشد. نتایج حاکی از اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر بهبود شرایط، ایجاد سازگاری و بکارگیری صحیح از هیجانان در ابعاد مختلف می باشد. مدل مورد نظر به عنوان یک رویکرد پست مدرن نسبت به مداخلات رفتاری وابسته به همکاری بین درمانگر و مراجع برای درمان طبقه بندی می شود. ملاک حل مشکل در درمان راه حل محور زمانی است که یا مشکل کاملاً برطرف شده است و یا پیشرفت‌های قابل ملاحظه ای براساس اهداف تعیین شده، حاصل شده باشد. در بروز مشکلات عاطفی این رویکرد با تاکید بر الگوی حمایت گری والد از فرزند و محبت بی قید و شرط اصل را بر برقراری ارتباط و کمک به فرزند در نظر می گیرد که ثمره چنین ساختاری بهبود روابط، احساس حمایت و امنیت برای فرزند و در نتیجه تقویت کیفیت و میزان رابطه والد فرزندی در ابعاد مختلف می باشد.



منابع

- ۱) آسایش، محمدحسن؛ قاضی نژاد، نیکو و باهنر، فهیمه (۱۳۹۹). «تبیین واکنش‌های عاطفی دختران با نشانگان شکست عشقی؛ مطالعه‌ای کیفی». فرهنگ‌تریبیتی زنان و خانواده، ۱۵(۵۳)، ۱۲۵-۱۵۴.
- ۲) تکلوی، سمیه و غفاری، عذرا (۱۳۹۶). «مقیاسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و پردازش مجدد بر افسردگی دانشجویان دختر دارای شکست عاطفی»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۲(۴۶)، ۲۳-۳۹.
- ۳) ثنایی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: بعثت.
- ۴) رحیمی، چنگیز؛ جمال‌آبادی، پریسا و صداقت پور حقیقی، محمد مهدی (۱۳۹۹). «بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس و خودکارآمدی عاطفی دانشجویان دختر دارای سابقه شکست عاطفی»، مطالعات ناتوانی، ۱۲(۱۹).
- ۵) رزم‌گر، مهسا؛ اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد (۱۳۹۹) «نقش سبک‌های حل تعارض در پیش‌بینی رضایت از زندگی زنان متأهل با میانجی‌گری شادکامی»، مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۸(۱)، ۱۶۹-۲۰۰.
- ۶) شکری، امید؛ سنایی پور، محمدحسین؛ رؤیایی؛ زهرا؛ قره‌تپه‌ای، زهرا (۱۳۹۵)، ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سازگاری هیجانی در دانشجویان ایرانی. اندازه‌گیری تربیتی، سال ششم بهار شماره ۲۳.
- ۷) عباسی، امیر؛ محمدی، محمد؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا و بابایی گرمخانی، محسن (۱۳۹۶). «کارآیی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل»، نشریه پرستاری ایران، ۳۰(۱۰۵)، ۴۶-۳۴.
- ۸) فرمان، علی؛ اکبری زاده، اعظم و عرفانی، مژگان (۱۳۹۷). «اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) بر تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی در زنان مبتلا به چاقی»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۱(۱)، ۳۴۴-۳۵۳.
- ۹) کریمی، خبات؛ نظری، علی محمد و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۲). «اثربخشی مشاوره راه‌حل محور به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات والد-فرزندی در نوجوانان»، مشاوره کاربردی، ۳(۱)، ۷۷-۹۲.

۱۰) نظری، محمدعلی؛ رسولی، محسن؛ داورنیا، رضا؛ حسینی، امین و بابایی گرمخانی، محسن (۱۳۹۴). «اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زنان متأهل»، روان پرستاری، ۳(۳)، ۴۱-۵۲.

۱۱) وجدیان، محمدرضا؛ عارفی، مژگان و منشئی، غلامرضا (۱۳۹۹). «تاثیر آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر افسردگی و اضطراب دختران دارای شکست عاطفی»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳(ویژه روانشناسی)، ۵۱-۶۱.

- 12) Ajayi, A.I., Odunga, S.A., Oduor, C. et al. Iwas tricked": understanding reasons for unintended pregnancy among sexually active adolescent girls. *Reproductive Health*.2021, 18, 19.
- 13) Agbaria, Q. Internet Addiction and Aggression: The Mediating Roles of Self-Control and Positive Affect. *Int. J. Ment. Health Addict*.2020:19, 1227-1242.
- 14) Alonso-Ferres, M. Valor-Segura, I and Expósito, F. Couple Conflict-facing Responses from a Gender Perspective: Emotional Intelligence as a Differential Pattern. *Psychosocial Intervention*, 28 ,2019: 147 - 156.
- 15) Chester, C. E., & Blandon, A. Y. Dual trajectories of maternal parenting stress and marital intimacy during toddlerhood. *Personal Relationships*, 2016: 23(2), 265-279.
- 16) Castellano, R., Velotti, P., Crowell, J. A., & Zavattini, G. C. The role of rrr nnts' atccmnttt cfff igrtrt inn at hhliliii rth mrritll satisfaction and conflict strategies. *Journal of Child and Family Studies*, 2014: 23(6), 1011-1026.
- 17) Dixius, A., & Möhler, E. Feasibility and Effectiveness of a New Short-Term Psychotherapy Concept for Adolescents with Emotional Dysregulation. *Frontiers in psychiatry*, 2021: 11, 585250.
- 18) Greenspan, S., & Wieder, S. *Infant and early childhood mental health: A comprehensive, developmental approach to assessment and intervention*. American Psychiatric Publishing, Inc. 2006: 4,17.
- 19) Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt M. M, Kraaij V. Cognitive Emotion Regulation Strategies And Emotional Problems In 9-11-Year-Old Children: The Development Of An Instrument. *European Child Adolescence Psychiatry*; 2006:16: 1-9.
- 20) Garnefski, N., & Kraaij, V. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Development Of A Short 18- Item Version (CERQ-Short). *Pers Individ Dif*, 2009:41, 1045-1053.

- 21) Gross, J.J., Thompson, R. A. Emotion regulation: Conceptual foundations. In JJ. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press: 2007.
- 22) Galdiolo S, Gague J, Mikolajczak M and Van Cappellen P. Development of Trait Emotional Intelligence in Response to Childbirth: A Longitudinal Couple Perspective. *Front. Psychiatry*, 2020: 11:560127.
- 23) Gingerich, W.J., Peterson, L.T. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies. *Research on Social Work Practice*. 2013: 23(3), 266-283.
- 24) Hudson, N. W., Fraley, R. C., Brumbaugh, C. C., and Vicary, A. M. Crngll tti i rrmntt ic rrr tnr’’ attachment styles a longitudinal investigation. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 2014: 40, 845–857.
- 25) Jin W, Xiang Y and Lei M The Deeper the Love, the Deeper the Hate. *Front. Psychol.* 2017: 8:1940.
- 26) Lethem, J. Brief solution focused therapy. *Child and Adolescent Mental Health* ,2002: 7, 189- 192.
- 27) Modinos G, Ormel J, Aleman A. Individual Differences In Dispositional Mindfulness And Brain Activity Involved In Reappraisal Of Emotion. *Soc Cogn Affect Neurosci*; 2010: 5(4),77-369.
- 28) Moltrecht, B., Deighton, J., Patalay, P. et al. Effectiveness of current psychological interventions to improve emotion regulation in youth: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 30, 2021: 829–848.
- 29) Popal,A., Dekhoda,F.The Effect of Group Therapy Based on Logotherapy on Love Trauma syndrome ,*International, Journal of Health Sciences & Research*. 2015, 5(10), 286-289.
- 30) Pérez Ulloa, L. E., García Sánchez, D., Rodríguez Jorge, B., & Ramos Cuellar, L. Resiliencia en madres de pacientes pediátricos con enfermedades hematológicas. *Acta Médica del Centro*, 2019:13(3), 378-389.
- 31) Rubio V., Aguado D., Hontangas P., Hernández J., Psychometric Properties of an Emotional Adjustment Measure: An Application of the Graded Response Model, *European Journal of Psychological Assessment*, 2007:23(1):39-46.
- 32) Rothwell, N. How brief is solution focused brief therapy? A comparative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2005: 12(5), 402– 405.
- 33) Soto Márquez, M., Ayala, L. V., & Mata, D. I. M. Resilience factors in relationship of parents and guardians of children with disability. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 2013: 25(3-4), 100-104.

- 34) Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J. A., Walseth, L. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., & Haaland, Å. T. Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 2019;19(1), 318.
- 35) Shayan, N, The role of parent-child relationships on the possibility of risky behavior in male adolescents. Master's thesis in psychology, 2019.
- 36) Taathadi, M.S. Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) to Enhance High School Students Self-Esteem: An Embedded Experimental Design. *International Journal of Psychological Studies*, 2014: 6(3), 96-105.
- 37) Vig, D., & Joswal, I. J., Emotional Adjustment of Parents and Quality of Parent-Teen Relationships, *Journal of Studies on Home and community Science*, 2010: 4, 39-44.

