

# اثربخشی درمان گروهی راه حل مدار بر کاهش تعارضات مادر- دختر در مادران

دکتر احمد اعتمادی

استادیار مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی

زهرا گیتی پسند<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی

میترا مرادی

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی

پذیرش: ۹۱/۹/۲۱

دریافت: ۹۱/۴/۷

## چکیده

**هدف:** روش تعامل مادر با دخترش به خصوص هنگام تعارض بر نحوه زندگی، عشق ورزی و کار او تأثیر به سزایی دارد و پایه و اساس ارتباط های او در آینده خواهد بود. در این راستا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات مادر- دختر در مادران انجام گرفت.

**روش:** طرح تحقیق حاضر از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، مادران دختران نوجوان مقطع متوسطه منطقه ۱۳ شهر تهران بودند. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه راهبردهای تعارض اشتراک (CT)، فرم تعارض با فرزند، استفاده شد. از بین مادران، ۳۰ نفر که نمراتشان بالاتر از سایرین بود، انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش در هشت جلسه درمان راه حل مدار به شیوه ی

1. z\_gitipasand@yahoo.com

گروهی شرکت نمودند. از آزمون تحلیل کوواریانس جهت آزمون اختلاف میانگین‌های گروه‌ها استفاده گردید.

**یافته‌ها:** بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت درمان نامبرده منجر به افزایش مهارت استدلال و کاهش پرخاشگری کلامی و فیزیکی در مادران شده و در مجموع تعارضات مادر- دختر را کاهش می‌دهد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از این روش درمان می‌توان برای کاهش تعارضات مادر- دختر بهره مند شد.

**واژگان کلیدی:** نوجوانی، روابط مادر - دختر، تعارض و درمان راه حل مدار.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## مقدمه

نوجوانی، زمان تغییرات مهیج فیزیکی، شناختی، عاطفی و اجتماعی است که اغلب با افزایش احساسات منفی در نوجوان مرتبط است (لارسن و اسماسن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱، نقل از استالمن و رالف<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). نوجوانی به عنوان مرحله ای از رشد انسان، همواره به عنوان دوره رواج رفتارهای پر خطر، مورد توجه بوده است. بررسی ها نشان می دهد که نوجوانان دختر و پسر در مقایسه با نمونه ای از افرادی که در ابتدا و انتهای دوره بزرگسالی هستند، مشکلات کنترل خشم بیشتری را تجربه می کنند (اسپیل برگر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷، نقل از مارکوس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷، نقل از مرادی، ۱۳۸۸). وورل و دنر<sup>۵</sup> (۱۹۸۹)، عقیده داشتند نوجوانی دوره افزایش فشار است. در نتیجه لازم است والدین در این دوره مهارت‌های مناسب جهت ارتباط با فرزندانشان کسب کنند.

فرید و رپوکسی<sup>۶</sup> (۲۰۰۱)، عقیده دارند عبور از این دوره ممکن است برای نوجوان و خانواده اش، دوران سختی باشد (جنکینز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). کامستاک<sup>۸</sup> (۱۹۹۴) عقیده دارد اوایل نوجوانی، شروع فرآیندهای تغییرات زیستی و بلوغ است که با تغییرات ادراکی فرزند از اقتدار والدین و والدین از تکامل و رشد فرزند همراه است (هریس<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶).

در دوره نوجوانی، والدین در تغییر روابط نقش دارند، میزان استقلال که در فرزند خود به رسمیت می‌شناسند، شیوه تربیتی که در مورد وی به کار می‌گیرند و نوع رابطه با فرزندی که خلایقیت، صبر و جرأت آنها را به چالش کشیده است؛ همه و همه مهمند. رشد نوجوانان و حرکت در مسیر شخصیتی که مورد نظر خودشان است، می‌تواند بر تعارضات بیفزاید. ظرفیت و توانایی والدین در تطبیق شیوه تربیتی آنها با نیازهای متغیر فرزند نوجوان، بر سازگاری او اثر

1. Larsen & Asmassen
2. Stallman & Ralph
3. Spielberger
4. Marcus
5. Worrell & Danner
6. Fried & Reppucci
7. Jenkins
8. Comstock
9. Harris

دارد. بنابراین می‌توان گفت تنها عامل محکم پیش‌گویی‌کننده وضعیت رفاه و سلامت ذهنی نوجوان، کیفیت رابطه وی با والدین می‌باشد (رزنیسک، برمن، بلوم و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷، اسپاس، ردموند و شاین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱، نقل از استالمن و رالف، ۲۰۰۷) و تاثیرات والدین در طی کردن این مرحله و توسعه تغییرات آن بسیار حائز اهمیت است (کرودیودیو، ۲۰۱۰، دریسکولو و همکاران، ۲۰۰۸، نقل از شهرکی ثانوی، ۱۳۹۰).

همان طوری که نوجوان، در پی کاهش محدودیت و افزایش آزادی است، برای والدین چالش برانگیز است که در طی این مرحله انتقال و در پی افزایش رشد نوجوان باشند. لازم است والدین در ابتدای دوره نوجوانی فرزند، به اطلاعات کافی و صحیح در خصوص رشد طبیعی نوجوان، تشخیص مسیر سلامتی و تسهیل رشد و منابع کمکی در مواقع لازم، دسترس داشته باشند (استین برگ و سیلک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷، نقل از استالمن و رالف، ۲۰۰۷) چرا که روش‌های تربیتی والدین می‌تواند اثرات طولانی بر رفتار، عملکرد و شخصیت افراد در آینده داشته باشد (مهرابی زاده هنرمند، نجاریان و بحرینی، ۱۳۷۹، نقل از غباری بناب، ۱۳۹۰).

کالینز و لارسن<sup>۴</sup> (۱۹۹۱)، عقیده دارند نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و زمانی است که تغییرات قابل توجهی در روابط با مادر ایجاد می‌شود. این تغییرات سبب می‌شوند نوجوان زمان کمتری را با والدین صرف نماید و از نظر عاطفی از آنها متمایز شود. حال اگر عوامل مؤثر بر شخصیت نوجوان به گونه‌ای باشد که هویت او را یاری دهد مسائل حاد بروز نخواهد کرد (پیکا<sup>۵</sup>، ترجمه نجفی، ۱۳۷۰، نقل از یاسمی نژاد، ۱۳۹۱). لارسن (۱۹۹۵)، گزارش داد نوجوانان به طور متوسط روزانه ۵ تا ۷ مورد مخالفت با والدین را گزارش کرده‌اند که اکثر این تعارضات، با مادر بوده است (پراتا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶، نقل از بیانی، ۱۳۸۷).

1. Resnice , Bearman , Blum et al
2. Spoth , Redmond & shin
3. Steinberg & Silk
4. Collins & Laursen
5. Picka
6. Prata

از مهمترین علل تعارض والدین و نوجوان، بحث «استقلال» است. احساس عدم کنترل به رفتارهای نوجوان، تمرد از توصیه‌های والدین، عصبانیت والدین در مقابل نوجوانی که خواهان آزادی بیشتر است و ترس والدین در خصوص امنیت وی، موضوعات اصلی والدین هستند. سایر موارد تمرد نوجوان از انجام تکالیف درسی، فعالیت های خانه، انتخاب فعالیت ها و دوستان (زندن، ۲۰۰۱، ترجمه گنجی، ۱۳۸۴) شکوه های نوجوانان از والدین، سبک اعمال قدرت، انتظارات غیر واقع بینانه، حساب نکردن روی نوجوان و دیدگاهش، باج گیری عاطفی، در دسترس نبودن، انتظارات مکرر و پیش داوری در خصوص نوجوان را شامل می شود.

تعارض مثبت با نوجوان، سالم و رشد دهنده روابط است. جنبه های مثبت تعارض عبارتند از: عامل متغیر بودن، بهبود کیفیت تصمیم گیری و عملکرد گروهی. جنبه های منفی تعارض نیز، احساس شکست، افزایش فاصله، احساس عدم اعتماد و سؤ ظن، پافشاری غیر معقولانه بر منافع و دیدگاه خود، مقاومت، کاهش بهره وری، تضعیف روحیه و رفتارهای نامناسب را شامل می شود (نامارا، ۱۹۹۹، نقل از ملکی حاجی آقا، ۱۳۸۴).

از میان عوامل متعدد روابط انسانی موثر در رشد و تکامل، شخصیت مادر و نحوه ی تعامل او با فرزند است (امیر وهمکاران، ۱۳۹۱). مادری کردن، زمانی که کودکان خردسال هستند، به رفع نیازها، ارائه عشق و امنیت مربوط می شود. اما به تدریج با بزرگ تر شدن کودکان و ورود به سن نوجوانی، وظایف دیگری نیز از مادران انتظار می رود. وظایفی چون: تعیین حد و مرز، پیدا کردن روشهای ارتباطی و برخورد با نوجوان به عنوان فردی مستقل متناسب با شخصیت خاصی که دارد. قالب های فرهنگی و تصاویر منفی مادران مقرراتی در رسانه، از یک سو و تمایل به استقلال طلبی از سوی دیگر تعارضات مادران و دختران را دامن می زند. طغیان هورمونها، تصور نادرست آسیب ناپذیری در مواجهه با مسایل مختلف، همچنین اینترنت و گسترده گی رسانه هایی که در پیش روی نوجوانان قرار دارد ؛ می تواند از جمله عواملی باشد که روابط مادر - فرزندی را از جانب دختران به چالش می کشد (استریپ و اسنایدرمن، ۲۰۰۲).

لارسن و همکاران (۱۹۹۱، نقل از هریس، ۲۰۰۶) عقیده دارند مادران نوجوانان در اواخر نوجوانی، دلیل تعارض خود و نوجوان را روابط منفی خود با فرزند می‌دانند و معتقدند اختلاف عقیده‌ها در طول این دوران، دلیل ناتوانی نوجوان در انجام وظایف است؛ برعکس دوران اولیه نوجوانی که منشأ تعارضات، تاثیرات بیولوژیکی و فرهنگی بر خانواده و نوجوان است. در مجموع مادران در برقراری روابط عاطفی و پیروی از قوانین، ارزشها و معیارهای خانوادگی بیشتر از دختران رضایت دارند؛ تا پسران.

«در نظر سنجی از نوجوانان شهر تهران، ۶۲٪ دختران و ۵۸٪ پسران، اعتقادی به رفتار صحیح والدین خود نداشتند (احمدی، ۱۳۷۷). همچنین در گزارش دیگری از نوجوانان همین شهر، ۲۴/۹٪ دختران و ۱۳/۸٪ پسران عقیده داشتند «مادر مرا نمی‌شناسد و درک نمی‌کند.» (نوابی نژاد، ۱۳۷۴، نقل از لطفی مرزناکی، ۱۳۸۹). محبی (۱۳۸۶) گزارش داد آگاهی دهی در خصوص تغییرات جسمی دوران بلوغ به مادران و دختران، کیفیت رابطه مادر- دختر را بهبود می‌بخشد.

وارنر<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) گزارش نمود عمده تعارضات مادران و دختران، به محدودیت زمان بازگشت به خانه، دوستان، همکاری در کارهای خانه و تکالیف مدرسه مربوط می‌شود. همچنین دختران زمانی شروع به بحث می‌کنند که احساس کنند مورد انتقاد قرار گرفته‌اند؛ ولی مادران عقیده دارند دخترشان با آنها بحث می‌کند تا آنها را رد کند. تعارضات بیشتر بین نوجوان و مادر است تا پدر و به ویژه در بین مادران و دختران شایع است (هیل، ۱۹۸۸، مونتگی مایر، ۱۹۸۶، پالکوف و بروکس گان، ۱۹۹۱، نقل از آلیسون و همکاران، ۲۰۰۴). نورمن بیلز<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) عقیده دارد تعارض مادر- دختر، زمانی که دختر سنین ۱۳ تا ۱۹ سال را می‌گذراند، بیشتر تکرار می‌شود.

1. Warner  
2. Norman Bales

به عقیده فرایدی (بی تا، ترجمه زاهدی، ۱۳۷۹) بخشی از مشکل در رابطه مادر-دختر در این نکته نهفته است که دختران در دوره بلوغ خود را بازننگری می کنند و بخش هایی را در وجود خود می یابند که هیچگاه توسط مادر تشویق نشده بوده است.

از سوی دیگر مادران، زمانی که بخش هایی از وجود خود را در دخترشان می بینند، زبان به تحسین و تشویق می گشایند و ناآگاهانه می کوشند آرزوهای نافرجام خود را به دخترشان تحمیل نمایند. اما هنگامی که دختر در مسیر دیگری حرکت می کند، به سرزنش وی می پردازند. این موضوع می تواند سرچشمه مشکلات زیادی بین مادر و دختر باشد (اسنایدنرمن و استریپ، ۲۰۰۲).

در مجموع مادران نسبت به پسران صمیمی تر هستند و زمان بیشتری را با نوجوان خود صرف می کنند. گرچه تعارض بین مادران و دختران زیاد و شایع است، دختران در مقایسه با سایر اعضای خانواده، رابطه بهتری را با مادر خود گزارش می کنند. به نظر می رسد نسبت به پدران، مادران بیشتر نوجوان خود را درک می کنند و نسبت به او پذیرش دارند (یونیز و اسمولار<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵). به نظر می رسد دختران احساس می کنند در اعتماد به مادر و چالش با او آزاد هستند (بورز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

نقش مادران از نقطه نظر شکل دهی به رفتار دختران و هویت آنان در دوره بلوغ، اهمیت دارد. زیرا هویت دختران از طریق رابطه آنها با مادر و سایر افراد مهم زندگی شکل داده می شود (میلر-دای<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴، نقل از کودی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در خصوص تعارض به وجود آمده، چنانچه راه های مقابله ای مفیدی به کار گرفته شود، به رشد رابطه کمک می کند، ولی چنانچه طرفین درگیر در تعارض، نحوه برخورد صحیح را ندانند، نه تنها تعارض موجود رفع نمی شود، بلکه تعارض پیش آگهی خروج از تعادل است (اندرسون و همکاران، ۲۰۰۲، اهنسن، زاینی، یونگ

1. Youniss & Smolar
2. Bowers
3. Miller-Day
4. Kody

فای<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹، نقل از هاشمی شیخ شبانی و همکاران، ۱۳۹۰) و به تداوم رابطه هم آسیب می‌رساند. نظریات مشاوره و روان‌درمانی براساس فرضیات خاص خود، آسیب را در بخش‌های متفاوتی از خانواده جستجو می‌کنند و به روش‌های متفاوتی در پی درمان هستند. متخصصان بالینی که تحت تأثیر نظریه روانکاوی فروید<sup>۲</sup> قرار دارند، درمان خود را به حل تعارضات شخصی و درون روانی فرد معطوف می‌دارند. دیدگاه جدیدتر بدون آن که از اهمیت فرآیندهای درونی و رفتاری فرد بکاهد، به بافت خانوادگی که رفتار شخص در آن رخ می‌نماید نیز اهمیت می‌دهد. رویکردهای مطروحه تحت تأثیر روانشناسی مدرن، تأکید فراوانی بر پرورش روش‌های منطقی و تجربی کشف حقایق عینی دارد و تصور می‌نماید که قوانین معتبر و تعمیم پذیر درباره‌ی رفتار آدمی از طریق تکرار پژوهش اثبات می‌شوند و مترادف با واقعیت قابل مشاهده از همان رفتار هستند. رویکردهای پسامدرن بر اساس فلسفه پست مدرن شکل گرفته‌اند. به لحاظ فلسفی، پسامدرنیسم منکر وجود جهانی عینی قابل فهم است و قبول ندارد که دانش بی طرف، فارغ از سوگیری، خنثی و مستقلی وجود داشته باشد که «حقیقت» را منعکس کند. بنابراین درمانگر پست مدرن، به فرض‌ها یا پندارهایی علاقه مند است که اعضای خانواده در خصوص یک مشکل دارند (گلدنبرگ و گلدنبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و دیگران، ۲۰۰۸).

درمان راه حل مدار<sup>۴</sup> رویکردی به روان‌درمانی است که به جای حل مشکل بر ساختن راه حل‌ها مبتنی است. این رویکرد به جای مشکلات فعلی و ریشه‌های قبلی منابع جاری و امیدهای آینده را کشف می‌کند (ایوسن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). این درمان با تأثیرات برخاسته از درمان کوتاه مدت مشکل مدار، که در کلینیک درمان کوتاه مدت MRI<sup>۶</sup>، تمرین شده بود، آغاز گردید و به

1. Ahsan & Zaini & Yong Fie
2. Freud
3. Goldenberg & Goldenberg
4. Solution – Focused Therapy
5. Iveson
6. Mental Research Institute s Brief Therapy Clinic



سوی فلسفه راه حل مدار تحول یافت (استرادا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶، نقل از گنزالس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در درمان راه حل مدار، تشخیص وجود ندارد، ارتقاء بینش مدنظر نیست و گذشته تحلیل نمی شود. به جای آن، مراجعان را تشویق می کنند که توجه کنند و اعمال متفاوتی انجام دهند. درمانگران راه حل مدار به مراجعان کمک می کنند که درخصوص آنچه می تواند متفاوت باشد، بیندیشند. به محض اینکه یک راه حل شناسایی می شود، مراجع و درمانگر قدم به قدم به طرف آن حرکت می کنند (دشازر، ۱۹۸۲، نقل از اندرسون، نقل از سکستن و همکاران، ۲۰۰۳).

سه تفکر اساسی، درمان راه حل مدار را هدایت می کند: ۱. اگر چیزی نشکسته است، آن را ترمیم نکنید؛ ۲. به محض اینکه دانستید چه کاری مؤثر است، آن را بیشتر انجام دهید؛ ۳. اگر کاری مؤثر نیست، آن را دوباره انجام ندهید. کار متفاوتی انجام دهید (برگ و دولان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶، نقل از گنزالس و همکاران، ۲۰۱۰). درمان راه حل مدار کوتاه مدت، درمانی است آینده نگر و هدفمند که بر انعطاف پذیری و راه حل های قبلی مراجع و استثنائات مشکل پایه گذاری شده است. تکنیک های زیادی می تواند با این درمان آمیخته شود؛ بدون آنکه اصول اساسی آن را نقض کند (ترپر<sup>۴</sup>، دولان، مک کالوم و نلسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶، نقل از گنزالس و همکاران، ۲۰۱۰).

مک دونالد<sup>۶</sup> (۲۰۰۷)، عقیده دارد: «مفروضه اصلی درمان راه حل مدار این است که اهداف توسط مراجع انتخاب می شوند؛ درمانگر به شیوه ای محترمانه، غیر سرزنشگر و مخصوصاً مشارکتی، در حالی که متوجه مرجع قیاس درونی مراجع است، کار را به سوی اهداف مراجع پیش می برد. به تاریخچه مشکل نیازی نیست، از مشکل حرفی به میان نمی آید و از گفتگو در خصوص انگیزه یا منظور نشانه ها اجتناب می شود» (ص ۷).

- 
1. Estrada
  2. Gonzalez
  3. Dolan
  4. Tepper
  5. McCollum & Nelson
  6. Macdonald

ویژگی مهم این رویکرد، بنابه گفته بنیانگذاران آن، ماهیت کوتاه مدت و خوشبینانه آن است. بنابه عقیده ی دشازر (۱۹۸۸) شکایت‌های مراجعان به منزله درهایی هستند که اگر کلیدهای آنها را پیدا کنند، می‌توانند به یک زندگی رضایت بخش تر وارد شوند؛ بنابراین آنها تعدادی پرسش درمانی - مداخلات شاه کلید - فراهم ساخته اند. مهمترین این پرسش‌ها عبارتند از: پرسش معجزه<sup>۱</sup> و پرسش استثناء<sup>۲</sup>. از این طریق، به افراد کمک می‌شود با تمرکز بر قابلیت‌ها و منابع خود و نیز تأکید بر زمان حال، راه حل‌های ممکن برای مشکلات خود بیابند. در این دیدگاه فرض می‌شود که راه حل‌ها فراوانند و فقط باید آنها را کشف کرد (دشازر، ۱۹۸۶؛ نقل از گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰، ترجمه حسین شاهی، ۱۳۸۵).

در این پژوهش، فنون رویکرد راه حل مدار موارد ذیل را شامل گردید: بیان قواعد، چارچوب‌ها و اصول کلی مشاوره راه حل مدار، کمک به مادران برای تدوین اهداف خود به صورت مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری، یافتن لحظات استثناء، پرسش‌های معجزه، پیش‌انگاره، ارزیابانه، مقیاسی، درصدی، کاوشگرانه، برون‌سازی مشکل و ارائه تکالیف دستورالعملی براساس رویکرد.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات مادر- دختر در مادران می‌باشد. عدم شناسایی عواملی که باعث تعارض والد- فرزند شده‌اند و نداشتن راه‌حلی برای کاهش تعارض در بروز تعارض‌های دوران نوجوانی و آسیب به رابطه والد- فرزند مهم‌ترین نقش را ایفا می‌کند. وقتی به نظر می‌رسد مداخله‌ای خانواده را به هدف مطلوب می‌رساند، لازم است به شیوه‌ای عملی برنامه ریزی شود، تا در تغییر الگوهای ناسازگار تعاملات به طور موفقیت آمیزی به کار گرفته شود؛ به عنوان مثال: با تمرکز بر کاهش تعارضات رابطه والد- فرزند، این فن می‌تواند ضمن کاهش گيجی خانواده، به آنان کمک کند کمتر احساس درماندگی نمایند (زاپونیک و ویلیامز، ۲۰۰۰).

1. Miracle question  
2. Exception question

براساس هدف اصلی در این پژوهش فرضیه های پژوهش به صورت یک فرضیه اصلی و سه فرضیه فرعی مطرح شد. فرضیه اصلی: کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات مادر- دختر در مادران موثر است. فرضیه های فرعی: ۱- کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، برافزایش مهارت استدلال در مادران مؤثر است؛ ۲- کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر کاهش پرخاشگری کلامی در مادران مؤثر است؛ ۳- کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در مادران مؤثر است.

### روش

تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی بود و از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل<sup>۱</sup> استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق، مادران دانش آموزان دختر مقطع متوسطه منطقه ۱۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ می باشد. در این پژوهش از روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی، جهت انتخاب نمونه استفاده شد. به این ترتیب که در منطقه ی ۱۳ با مراجعه به دایره آموزش متوسطه منطقه، از بین مدارس متوسطه دخترانه یک مدرسه انتخاب شد. سپس از طریق فراخوان، از میان مادرانی که ثبت نام نموده بودند و بر اساس پرسشنامه تعارض با فرزند، دارای بیشترین تعارض با دختر نوجوان خود بودند، ۳۰ نفر انتخاب و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار داده شدند. به طور تصادفی یکی از گروهها به عنوان گروه آزمایش انتخاب گردید. اعضای گروه آزمایش، طی هشت جلسه، هفته ای یکبار، به مدت ۷۵ دقیقه درمان راه حل مدار را جهت کاهش تعارضات با دختر نوجوان خود دریافت نمودند و در پایان از هر دو گروه، پس آزمون به عمل آمد. پژوهش حاضر از یک روش نیمه آزمایشی با یک متغیر وابسته تعارضات کل با سه خرده مقیاس مهارت استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی که روی دو گروه کنترل و آزمایش انجام شده است، تشکیل شده است. از آنجا که روش پژوهش نیمه آزمایشی می باشد به منظور حذف تفاوت های اولیه بین گروه های

1. Pretest-Post test Randomized Group Design

آزمایشی و کنترل، از روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده شده است. پس از آرایه متغیر مستقل (کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی) به منظور بررسی اثر متغیر مستقل از یک پس‌آزمون استفاده شده است.

ابزار تحقیق در این پژوهش، مقیاس راهبردهای تعارض<sup>۱</sup> است. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال است که سه راهبرد حل تعارض: استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجد و توسط موری ای. اشتراس<sup>۲</sup> تهیه شده است. این مقیاس دارای ۳ فرم است که فرم تعارض با فرزند که در این پژوهش به کار رفته است. پنج سوال اول پرسشنامه، استدلال، پنج سوال دوم، پرخاشگری کلامی و پنج سوال سوم، پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجد. نمره کل نیز به سطح تعارضات موجود اشاره دارد. نمرات بالا در هر مقیاس، نشانه تعارض در آن مقیاس می‌باشد. سوالات پرسشنامه دارای پنج درجه (خیلی کم تا خیلی زیاد) هستند. پنج سوال اول، (استدلال) به طریقه ی معکوس و بقیه سوالات به طریقه مستقیم نمره گذاری می‌شود. پژوهش‌های متعددی، همسانی درونی خرده مقیاس‌های استدلال، پرخاشگری کل و پرخاشگری فیزیکی را تأیید می‌نماید. دامنه ضریب آلفای کرونباخ مقیاس استدلال بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۶، مقیاس پرخاشگری کلامی بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۸، و برای خرده مقیاس پرخاشگری فیزیکی بین ۰/۴۲ تا ۰/۹۶ به دست آمده است (ثنایی، ۱۳۷۹).

این پرسشنامه توسط زابلی (۱۳۸۳)، مرادی (۱۳۸۴) و لطفی (۱۳۸۵) اجرا گردیده و پایایی آن برای کل آزمون و خرده مقیاس‌ها گزارش شده است. روایی محتوایی این مقیاس توسط چندین متخصص این رشته، از جمله: ثنایی (۱۳۸۳)، نوابی نژاد (۱۳۸۳)، رحمتی (۱۳۸۴) مورد تأکید قرار گرفته است (لطفی، ۱۳۸۵).

موضوعات جلسات درمانی به قرار زیر بوده است: جلسه اول: معارفه، معرفی قوانین و فرآیند گروه و انعقاد قرارداد، معرفی درمان راه حل مدار. جلسه دوم: توصیف مشکل به طور

<sup>1</sup>. Conflict Tactics Scales(CT)

<sup>2</sup>. Murray A .Straus

عینی و به دور از تمایلات و رفتارهای ناراحت کننده. جلسه سوم: کمک به اعضای گروه جهت برون ریزی مشکلات خود؛

جلسه چهارم: کمک به اعضای گروه جهت بررسی همه جانبه تأثیر مشکل بر بخش های مختلف زندگی خود؛ جلسه پنجم: تصور حل یکباره تمام مشکلات و افزایش انگیزه جهت دستیابی به آن؛ جلسه ششم: برجسته سازی لحظات استثناء و تمرکز بر مهارت های مقابله ای موجود در خزانه رفتاری فرد؛ جلسه هفتم: اعلام به اعضای در خصوص نزدیک شدن به پایان جلسات گروه و کمک به اعضای جهت توصیف روشن از تغییرات ایجاد شده در زندگی شان؛ جلسه هشتم: مرور جلسات مشاوره گروهی و کمک به اعضای گروه جهت جمع بندی تجارب خود در طول دوره گروه و تصور آینده ای فارغ از مشکل کنونی، خلاصه و جمع بندی مطالب و خاتمه گروه، اجرای پس آزمون؛

#### یافته ها

جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل و آزمایش را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در خرده مقیاس ها و در نمره کل آزمون نشان می دهند.

جدول ۱. شاخص های آماری مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل و آزمایش

گروه	کنترل		آزمایش	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
تعداد	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵
مهارت استدلال	میانگین ۱۹/۰۷	میانگین ۱۹/۳۳	میانگین ۱۹/۰۷	میانگین ۹/۶۰
انحراف معیار	۲/۷۴	۲/۵۸	۲/۶۶	۳/۰۷
پرخاشگری	میانگین ۱۵/۵۳	میانگین ۱۶/۱۳	میانگین ۱۵/۴۰	میانگین ۹/۹۳
کلامی	انحراف معیار ۲/۶۱	انحراف معیار ۲/۷۷	انحراف معیار ۲/۵۰	انحراف معیار ۱/۹۸
پرخاشگری	میانگین ۱۱/۰۷	میانگین ۱۱/۴۷	میانگین ۹/۹۳	میانگین ۵/۲۷
فیزیکی	انحراف معیار ۲/۹۱	انحراف معیار ۲/۶۷	انحراف معیار ۲/۸۱	انحراف معیار /۷۰
تعارض کل	میانگین ۴۵/۶۷	میانگین ۴۶/۹۳	میانگین ۴۴/۴۰	میانگین ۲۴/۸۰
انحراف معیار	۶/۲۳	۵/۸۲	۵/۱۰	۴/۸۹

به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در زمینه مهارت استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. فرضیه اصلی این پژوهش این بود که کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات مادر- دختر در مادران مؤثر است. جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس بین دو گروه در پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس ANCOVA بین پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش درنمره کل تعارض

شاخص آماری	SS	df	MS	F	سطح معناداری F
اثر پیش آزمون (عامل کووریت)	۱۹۹/۹۷	۱	۱۹۹/۹۷	۸/۶۸	./۰۰۰۶
اثر متغیر مستقل	۳۴۳۳/۷۶	۱	۳۴۳۳/۷۶	۱۵۲/۱۵	./۰۰۰۱
خطا (عامل درون گروهی)	۶۰۹/۳۶	۲۷	۲۲/۵۷		
کل	۴۴۸۳/۴۷	۲۹			

نتایج نشان می دهد که دو گروه از نظر نمره کل تعارض پس از ارائه متغیر مستقل (کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. بنابراین متغیر مستقل (کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی) بر کاهش تعارض کل افراد گروه آزمایش اثر داشته است. این کاهش تعارض کل خود را با کاهش نمره افراد گروه آزمایش در این کل مقیاس نشان می دهد. همچنین ضریب ایثا ( $\eta^2$ ) برابر با ۰/۸۵ درصد می باشد، یعنی ۸۵ درصد از واریانس متغیر وابسته (تعارض کل) به وسیله متغیر مستقل، یعنی کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، تبیین می شود.

فرضیه فرعی اول عبارت بود از اینکه کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر افزایش مهارت استدلال در مادران مؤثر است. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس بین دو گروه در پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس ANCOVA بین پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در نمره

مهارت استدلال					
شاخص آماری	SS	df	MS	F	سطح معناداری
منابع واریانس	اثر پیش آزمون (عامل کووریت)	۱	۵۷/۲۹	۹/۲۳	./۰۰۵
	اثر متغیر مستقل	۱	۷۱۰/۵۳	۱۱۴/۴۳	./۰۰۰۱
	خطا (عامل درون گروهی)	۲۷	۱۶۷/۶۵	۶/۲۱	
کل	۹۳۵/۴۷	۲۹			

نتایج نشان می دهد که دو گروه از نظر نمره مهارت استدلال پس از ارائه متغیر مستقل (کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. بنابراین متغیر مستقل (کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی) بر افزایش مهارت استدلال افراد گروه آزمایش اثر داشته است. این افزایش مهارت خود را با کاهش نمره افراد گروه آزمایش در این خرده مقیاس نشان می دهد. همچنین ضریب ایلتا ( $\eta^2$ ) برابر با ۰/۸۱ درصد می باشد، یعنی ۸۱ درصد از واریانس متغیر وابسته (مهارت استدلال) به وسیله متغیر مستقل، یعنی کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، تبیین می شود.

فرضیه فرعی دوم این بود که کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر کاهش پرخاشگری کلامی در مادران مؤثر است. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس بین دو گروه در پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس ANCOVA بین پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در نمره پرخاشگری کلامی

شاخص آماری	SS	df	MS	F	سطح معناداری F
اثر پیش‌آزمون (عامل کووریت)	۲۳/۲۸	۱	۲۳/۲۸	۴/۵۱	./۰۴۳
اثر متغیر مستقل	۲۸۳/۶۹	۱	۲۸۳/۶۹	۵۴/۹۵	./۰۰۰۱
خطا (عامل درون‌گروهی)	۱۳۹/۳۸	۲۷	۵/۱۶		
کل	۴۵۰/۹۷	۲۹			

نتایج نشان می‌دهد که دو گروه از نظر نمره پرخاشگری کلامی پس از ارائه متغیر مستقل (کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. بنابراین متغیر مستقل (کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی) بر کاهش پرخاشگری کلامی افراد گروه آزمایش اثر داشته است. این کاهش پرخاشگری خود را با کاهش نمره افراد گروه آزمایش در این خرده‌مقیاس نشان می‌دهد. همچنین ضریب ایلتا ( $\eta^2$ ) برابر با ۰/۶۷ درصد می‌باشد، یعنی ۶۷ درصد از واریانس متغیر وابسته (پرخاشگری کلامی) به وسیله متغیر مستقل، یعنی کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، تبیین می‌شود.

در فرضیه فرعی سومی بیان شده بود کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در مادران مؤثر است. جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس بین دو گروه در پس‌آزمون را نشان می‌دهد.



جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس ANCOVA بین پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در نمره

پرخاشگری فیزیکی

شاخص آماری	SS	df	MS	F	سطح معناداری
اثر پیش آزمون (عامل کووریت)	۹/۱۳	۱	۹/۱۳	۲/۵۳	. / ۱۲
اثر متغیر مستقل	۲۵۶/۹۲	۱	۲۵۶/۹۲	۷۱/۱۲	. / ۰۰۰۱
خطا (عامل درون گروهی)	۹۷/۵۴	۲۷	۳/۶۱		
کل	۳۹۴/۹۷	۲۹			

نتایج نشان می دهد که دو گروه از نظر نمره پرخاشگری فیزیکی پس از ارائه متغیر مستقل (کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. بنابراین متغیر مستقل (کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی) بر کاهش پرخاشگری فیزیکی افراد گروه آزمایش اثر داشته است. این کاهش پرخاشگری خود را با کاهش نمره افراد گروه آزمایش در این خرده مقیاس نشان می دهد. همچنین ضریب ای تا ( $\eta^2$ ) برابر با ۰/۷۳ درصد می باشد، یعنی ۷۳ درصد از واریانس متغیر وابسته (پرخاشگری فیزیکی) به وسیله متغیر مستقل، یعنی کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، تبیین می شود.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات والد-فرزندی در مادران مؤثر است. براساس نتایج حاصله می توان گفت مادرانی که در گروه آزمایش شرکت داشته اند، بیشتر می توانند اختلافات با دختر نوجوان خود را به بحث و بررسی گذاشته و در جهت کاهش آن قدم بردارند. چنین یافته ای همسو با فرض های زیربنایی درمان راه حل مدار است. براساس نظرات دشازر، برای تغییر مشکل، ابتدا باید واقعیت از طریق تغییر زبان؛ تغییر نماید. براساس یافته این پژوهش، تغییر جهت از صحبت درباره مشکل به صحبت در

خصوص راه حل در کاهش تعارضات نقش مهمی دارد. صحبت از راه حل با هدف هدایت مراجعان صورت می‌گیرد و از طریق توسعه و ایجاد لحظات استثناء اجراء می‌شود.

نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش‌های لطفی مرزناکی (۱۳۸۹)، موسوی (۱۳۸۸)، گیتی پسند (۱۳۸۷)، محبی (۱۳۸۶)، اختیاری (۱۳۸۵)، بکتاش (۱۳۸۴)، زابلی (۱۳۸۳)، داداش (۱۳۸۳) در مؤثر بودن درمان بر کیفیت رابطه مادر- دختر همخوانی دارد. همچنین پژوهش حاضر با پژوهش‌های ذیل در مؤثر بودن درمان راه حل مدار همسو می‌باشد: پژوهش منصور سودانی (۱۳۸۵)، دیبائیان (۱۳۸۴)، لیلا سعیدی (۱۳۸۵)، نظری (۱۳۸۳)، لیک<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)، دی کاسترو و گاترمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۸)، دیوید باررا<sup>۳</sup> (۲۰۰۵)، سین نیوسام<sup>۴</sup> (۲۰۰۵)، سوزان کیتای چوک<sup>۵</sup> (۲۰۰۴)، کورکوران<sup>۶</sup> (۱۹۹۷)، کورکوران و ویزین (۲۰۰۷)، اندرسن نقل از سکستن و دیگران (۲۰۰۳)، ایوسن (۲۰۰۲)، آیزنگارت و گینگریچ<sup>۷</sup> (۲۰۰۴)، پروچسکا (۱۹۹۹) و میلر، هابل و دانکن (۱۹۹۶)، اندرسن نقل از سکستن و دیگران، (۲۰۰۳) در خصوص کارآیی این نوع درمان. همچنین یافته این تحقیق با پژوهش‌های ذیل مغایر است: ژاکلین کورکوران (۲۰۰۶).

نتایج نشان داد کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، برافزایش مهارت استدلال در مادران مؤثر است. براساس یافته‌های پژوهش حاضر فرضیه فرعی اول تأیید گردید و به نظر می‌رسد ارتقای مهارت مورد نظر در مادران به آموزش آنان بستگی دارد.

دوره نوجوانی سن ظهور عملیات صوری است؛ عملیاتی که به فرد امکان می‌دهد خودش را از زمان حال جدا کند. در این دوره، موقعیت ادراکی وابسته به عینیت که کودک را محدود می‌نماید از بین می‌رود و نوجوان می‌تواند به سوی احتمالات و آنچه در حال حاضر وجود ندارد، حرکت کند. همچنین یکی از ویژگی‌های نوجوانان، توانایی آنها در گیر انداختن

1. lipke  
 2. De Castro & Guterman  
 3. David Barrera  
 4. Sean New some  
 5. Susan Kytay Chuk  
 6. Corcoran  
 7. Gingerich & Eisengart

بزرگسالانی است که استدلال غیر منطقی دارند. بسیاری از معلمان و والدین این ویژگی ناکام کننده را تجربه کرده‌اند. زمانی که استدلال در نوجوانان تحول می‌یابد، آنها از همان ظرفیت استدلالی بهره می‌برند که در بزرگسالان دیده می‌شود. هرچند تعداد طرحواره‌های آنها نسبت به بزرگسالان محدودتر است (پیاژه<sup>۱</sup>، b ۱۹۶۳، نقل از وادزورث<sup>۲</sup>، ترجمه امین یزدی و فدردی، ۱۳۷۸).

نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش‌های ذیل در افزایش مهارت استدلال در رابطه مادر-دختر همخوانی دارد: لطفی مرزناکی (۱۳۸۹)، موسوی (۱۳۸۸)، مجبی (۱۳۸۶)، اختیاری (۱۳۸۵)، بکتاش (۱۳۸۴)، زابلی (۱۳۸۳)، همچنین نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش‌های ذیل مغایرت دارد: گیتی پسند (۱۳۸۷).

همانطور که یافته‌ها نشان می‌دهد کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری کلامی در مادران مؤثر است. معمولاً نوجوانان پرخاشگر، متعلق به خانواده‌هایی هستند که والدین فاقد مهارت‌های ارتباطی با نوجوان هستند. بنابراین رفتارهای پرخاشگرانه در خانواده رواج یافته و توسط نوجوانان نیز آموخته می‌شود. همین مسأله منجر به بروز تعارض بیشتر در خانواده می‌گردد (مرادی، ۱۳۸۴). بهره‌گیری از درمان راه حل مدار می‌تواند در جهت کمک به اعضای خانواده در بهره‌گیری از کلام به عنوان راهی جهت کاهش تعارضات و پرخاشگری کلامی مؤثر باشد. این یافته موافق با فرضهای زیر بنایی درمان راه حل مدار است. دشازر (۱۹۹۱) اظهار می‌دارد راه حل‌هایی که مردم به کار می‌برند، مشکل‌آفرین هستند؛ نه خود مشکل. از طریق شرکت در جلسات مشاوره گروهی با رویکرد حاضر، اعضای گروه انگیزه یافتند راه حل‌هایی متفاوت از آنچه تاکنون به کار می‌گرفتند، به کار بندند. نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش‌های ذیل در کاهش پرخاشگری کلامی در رابطه مادر-دختر همخوانی

---

1. Piaget  
2. Wadsworth, Barry, J

دارد: لطفی مرزناکی (۱۳۸۹)، موسوی (۱۳۸۸)، گیتی پسند (۱۳۸۷)، محبی (۱۳۸۶)، اختیاری (۱۳۸۵)، بکتاش (۱۳۸۴)، زابلی (۱۳۸۳) و داداش (۱۳۸۳).

نتایج پژوهش نشان داد کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در مادران مؤثر است. براساس یافته‌های پژوهش حاضر فرضیه فرعی سوم تأیید شد. زمانی که اعضای خانواده، به تأثیر گفتگو در حل مشکلات پی برده و از آن در جهت کاهش تعارضات بهره می‌برند، پرخاشگری فیزیکی کمتری را در روابط گزارش می‌نمایند. همچنین در درمان راه حل مدار از طریق تمرکز بر راه حل‌ها و نیز قابلیت‌های مراجعان، راهی جهت گفتگو در بین اعضای خانواده باز می‌گردد و نگرش اعضا درخصوص مسایل تغییر می‌یابد (سودانی، ۱۳۸۵). همین مسأله منجر به تغییرات رفتاری مشهود در اعضا می‌گردد. نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش‌های ذیل در کاهش پرخاشگری فیزیکی در رابطه مادر-دختر همخوانی دارد: لطفی مرزناکی (۱۳۸۹)، موسوی (۱۳۸۸)، گیتی پسند (۱۳۸۷)، محبی (۱۳۸۶)، اختیاری (۱۳۸۵)، بکتاش (۱۳۸۴) و زابلی (۱۳۸۳).

به نظر اسنایدومن و استریپ (۱۳۸۶) دختران در تعارض با مادر، درپی رشد هستند. همچنین دختران نوجوان با وجود آگاهی از این که «دختر خوب» از نظر مادر چه ویژگی‌هایی دارد، ولی به سادگی به سوی ویژگی‌های دختری کشیده می‌شوند که برای مادر غیر قابل تحمل است (نانسی فرایدی، ترجمه زاهدی، ۱۳۷۹).

کنترل تمامی متغیرهای موجود به طور همزمان در پژوهش‌ها بسیار مشکل و نزدیک به محال است. عدم همکاری برخی مادران و شک و تردید و نگرانی در گزارش میزان واقعی پرخاشگری (علی رغم تأکید پژوهشگر بر اصل رازداری) از جمله محدودیت‌هایی است که در این پژوهش می‌توان به آن اشاره کرد.

براساس یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش قبلی (گیتی پسند، ۱۳۸۷) پیشنهاد می‌گردد از درمان راه حل مدار به طور همزمان جهت کمک به حل مشکلات طرفین درگیر در تعارض (والد-فرزندی، زوجین و...) بهره برداری شود. پیشنهاد می‌شود کاهش تعارضات والد-

فرزندى و ساير موضوعات (مشكلات تحصيلى، شغلى و...)، با بهره گيرى از آزمون هاى ديگر، نمونه هاى بزرگتر و نيز بر روى ساير سنين در گروه دختران و همچنين در نوجوانان پسر پرداخته شود تا تعميم پذيرى يافته ها بررسى شود.

### منابع فارسي

- اختيارى، راضيه. (۱۳۸۵). اثربخشى آموزش مهارت هاى شناختى- رفتارى به مادران در بهبود روابط با دختران نوجوانشان. پايان نامه کارشناسى ارشد، دانشگاه علوم بهزيستى و توانبخشى. اسنايدرمن، ان؛ و استريپ، پى. (۲۰۰۲). کلیدهای شناخت و رفتار با دخترها (ترجمه اکرم كرمى، ۱۳۸۵). تهران: كتابهاى دانه وابسته به انتشارات صابرين.
- امير، فاطمه و همكاران. (۱۳۹۱). بررسى اثربخشى بازى درمانى مبتنى بر رابطه والد-كودك (CPRT) سبك هاى فرزندپرورى. فصلنامه مشاوره و روان درمانى، ۲(۴): ۴۷۳-۴۸۹.
- اميرى نژاد، على و همكاران. (۱۳۹۰). مقايسه سبك هاى فرزندپرورى و سلامت روان افراد اقدام كننده به خودكشى با والدين افراد عادى. فصلنامه مشاوره و روان درمانى خانواده، ۳: ۳۳۰-۳۱۵.
- بكتاش، ماري. (۱۳۸۴). اثر گروه مواجهه در حل تعارضات مادرها و دخترهاى ۱۶-۱۵ ساله تهرانى. پايان نامه کارشناسى ارشد، دانشگاه خاتم.
- بيانى، بيتا. (۱۳۸۷). بررسى اثربخشى درمان گروهى با رويکرد راهبردى کوتاه مدت بر کاهش تعارضات مادر - فرزندى در پسران دوره ابتدائى. پايان نامه کارشناسى ارشد، دانشگاه علامه طباطبايى.
- پروچسكا، ج.، و نور كراس، ج. (۱۹۹۹). نظريه هاى روان درمانى (ترجمه يحيى سيد محمدى، ۱۳۸۶). تهران: انتشارات رشد.
- ثنايى، باقر. (۱۳۷۹). مقياس سنجش خانواده و ازدواج. تهران: نشر بعثت.

- داداش، زهرا. (۱۳۸۳). تاثیر بازسازی خانواده در کیفیت رابطه مادر-دختر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.
- دیباپیان، شهرزاد. (۱۳۸۴). میزان اثربخشی درمان راه حل‌مدار بر افزایش رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- زابلی، پریسا. (۱۳۸۳). سنجش سودمندی روش روان‌نمایشگری در بهبود مهارت‌های رفع تعارض دختران با مادران دانش‌آموزان سال اول دبیرستان منطقه ۲ تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.
- سعیدی، لیلا. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه مدت راه حل‌مدار بر کاهش تعارضات زوجین شهرستان خمینی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- سودانی، منصور. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی الیس و راه حل‌محور دیشیزر به صورت انفرادی و توأم در کاهش تعارضات. پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
- شهرکی ثانوی، فریبا و همکاران. (۱۳۹۰). بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی نوجوان. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۲): ۱۰۱-۱۱۴.
- فرایدی، ان. (بی‌تا). مادرم، خودم: جستجو در یافتن هویت خویش (ترجمه زهره زاهدی، ۱۳۷۹). تهران: انتشارات چیچون.
- گلدنبرگ، ای.، و گلدنبرگ، ه. (۲۰۰۰). خانواده درمانی (ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی و دیگران، ۱۳۸۵). تهران: انتشارات روان.
- گیتی پسند، زهرا. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان راه حل‌مدار بر کاهش تعارضات مادر-دختر در نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- لطفی، بهناز. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر کاهش تعارضات والد-فرزند دختران نوجوان کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

لطفی مرزناکی، معصومه. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی با الگوی جانشینی بر والدین بر بهبود روابط مادر- دختر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

محبی، زهرا. (۱۳۸۶). اثربخشی آگاهی دهی در خصوص تغییرات جسمی دوران بلوغ به مادران و دختران بر کیفیت رابطه مادر- دختر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

مرادی، امید. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های حل مسأله بر تعارضات والد - فرزند در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

مرادی، میترا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی فن استعاره فاصله ها به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات پدر- دختر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

ملکی حاجی آقا، زهرا. (۱۳۸۴). بررسی سبک مدیران مدارس راهنمایی دخترانه تهران در برخورد با تعارض از دیدگاه مدیران و معلمان در سال ۱۳۸۳. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

موسوی، معصومه. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی رویکرد ارتباطی ستیر بر بهبود رابطه والد- فرزندی در نوجوانان دختر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

نظری، علی محمد. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر مشاوره راه حل محور بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

وادزورث، بی، جی. (بی تا). روانشناسی رشد، تحول شناختی و عاطفی از دیدگاه پیازه (ترجمه سید امیر امین یزدی و جواد صالحی فدردی، ۱۳۷۸). مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد.

وندر زندن، جی. (۲۰۰۱). روانشناسی رشد (ترجمه گنجی، ۱۳۸۴). تهران: انتشارات ساوالان.

هاشمی شیخ شبانی، سید اسماعیل و همکاران. (۱۳۹۰). تحلیل ساختاری تعارض کار- خانواده با خشنودی شغلی و سلامت روانی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۳): ۳۴۹-۳۶۵.

یاسمی نژاد، پریسا و شکرپیگی، علیرضا (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های فرزندپروری خانواده، عزت نفس و سلامت عمومی نوجوانان پسر بزهکار و عادی در کرمانشاه. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۱): ۱۷۸-۱۹۲.

### منابع لاتین

- April, 27(2), 83-90. <http://www.ingentaconnect.com/content/nasw/cs>(accessed on 2 January 2011).
- Bales, N. (2000). *Moms, Dads and Teenage Daughters: The Mother-Daughter Conflict*. All about families, News letter. JUN, 14, 5(21). Available at: [www.allaboutfamilies.org/00aaf21.html](http://www.allaboutfamilies.org/00aaf21.html). (accessed on 2 January 2011).
- Barrera, D. R. (2005). *The importance of support systems: Family group conferencing and empowering families to reduce risk for their children*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of A & M Texas - corpus Christi.
- Bewers, S. C. (2006). *Mother-daughter communicative relationships during adolescent and early adulthood*. Unpublished master in science Dissertation, University of North British Columbia.
- Cohen-Sandler, R., and Silver, M. (2000). *I'm Not Mad, I Just Hate You!: A New Understanding of Mother-Daughter Conflict*. New York: Penguin Books.
- Corcoran, J. (2002). Developmental Adaptation of Solution-Focused Family Therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, Winter, 2(4), 301-314.
- Corcoran, J. (2006). A comparison group study of solution-focused therapy versus "treatment-as-usual" for behavior problems in children. *Journal of Social Service Research*, 33, 69-82.
- Corcoran, J., & Pillai, V. (2007). A Review of the research on Solution-Focused Therapy. *British Journal of Social Work*. September 14, 1-9.
- De Castro, S., & Guterman, J. T. (2008). Solution-focused therapy for Families Coping with suicide. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34 (1), 93- 106.
- Gingerich, W. J., & Eisengart, Sh. (2004). *Family Process: Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the outcome research*. December, 39(4), 477-498. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/x/abstract>(accessed on 15 January 2011).



- González, M. T., Estrada, B., & O'Hanlon, B. (2011). Possibilities and Solutions: The "Differences That Make a Difference". *International Journal of Hispanic Psychology*, 3(2), ISSN: 1935-5841. Available at: [https://www.novapublishers.com/catalog/product\\_info.php?products\\_id=22272](https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=22272) (accessed on 12 January 2012).
- Harris, Ph. G. (2006). Patterns of absolute, differential and structural continuity in perceptions of nurturance in mother-daughter, mother-son, father-daughter and father-son dyads. Unpublished Doctoral dissertation, University of Iowa State.
- Iveson, ch. (2002). Advances in Psychiatric Treatment: solution – focused therapy. Available at: <http://apt.rcpsych.org/content/8/2/149> (accessed on 2 January 2011).
- Jenkins, P. H. (2007). Delinquent girls and the relation of the parent-adolescent relationship and peer influence to quality of decision-making. Doctoral dissertation, University of Florida.
- Kody, C. A. (2008). Mother and adolescent daughters perception of communication about sex. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Minnesota.
- Kytaychuk, S. (2004). Solution-Focused practice within a case-management model: Group and Family work with adolescent families in mental health. Unpublished Dissertation, University of Canada- Manitoba.
- Lipke, C. (2010). How siblings, raised in abusive or neglectful homes, are treated similarly or differently: An exploration by Northern social workers. Unpublished Dissertation, University of Northern British Columbia Canada.
- Macdonald, A. (2007). *Solution-Focused Therapy: Theory, research and practice*. London: Sage.
- Newsome, w. S. (2005). Children and School: Impact of solution – focused Brief therapy with At – risk Junior High school Students. National Association of social workers.
- Sexton, T. L., weeks, G., & Robbins, M. (2003). *Handbook of familyTherapy*. Newyork and Hove: Brunner – Routledge.
- Stallman, H. M., & Ralph , A. (2007). Reducing risk factors adolescent behavioral and emotional problems: A Pilot randomized controlled trial of a self- Administered parenting intervention. *Australian e-journal for the advancement of mental health* .6 (2). Available at: <http://www.mendeley.com/research/reducing-risk-factors-adolescent-behavioural-emotional-problems-pilot-randomised-controlled-trial-selfadministered-parenting-intervention/>(accessed on 12 January 2012).
- Szapoeznik, J., & Williams, R. A. (2000). Brief Strategic Family Therapy: Twenty-Five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(2), 117-135.
- Warner, J. (2004). Conflict between mother and teenage daughters fosters communication. *Journal of community psychology*, 34 (3-4), 234-50.