

The effectiveness of solution-oriented training on reducing impulsivity, resilience and social well-being of mothers of elementary school students in district ۳ of Tehran s

اثربخشی آموزش راه حل مدار بر کاهش تکانشگری، تاب آوری و بهزیستی اجتماعی مادران دانش آموزان مقطع ابتدایی آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران

احمد ابطی کارگر کارشناسی ارشد گروه مشاوره خانواده، دانشکده مشاوره، موسسه آموزش عالی ادیان گرمسار، گرمسار، ایران.
پروانه صفدریان* دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران. parimaah.s@gmail.com
فرزانه احمدی استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، موسسه آموزش عالی ادیان گرمسار، گرمسار، ایران. f.ahmadi8826@gmail.com

چکیده:

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of solution-oriented education on reducing impulsivity, resilience, and social well-being of mothers of elementary school students in Tehran's ۳rd district. The method of the present study was a quasi-experimental design with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the present study was all mothers of elementary school students in Tehran's ۳rd district in the academic year ۱۴۰۲-۱۴۰۳. The sampling method was cluster sampling. The sample individuals responded to impulsivity, resilience, and social well-being questionnaires and were then randomly placed in two groups of ۳۰ (۱۵ experimental and ۱۵ control). To confirm or reject the research hypotheses, the analysis of covariance test was used. The calculations performed were presented in two sections: descriptive statistics and inferential statistics analysis. The results of the analysis of variance showed that there was a significant difference between the mean of the impulsivity variable between the control group and the experimental group ($F=227.196$ & $P=0.000$), there was also a significant difference in the mean of the resilience variable between the control group and the experimental group ($F=210.461$ & $P=0.000$). And there was a significant difference in the mean of the social well-being variable between the control group and the experimental group ($F=217.702$ & $P=0.000$).

Key words: solution-oriented training, impulsivity, resilience and social well-being of mothers.

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی آموزش راه حل مدار بر کاهش تکانشگری، تاب آوری و بهزیستی اجتماعی مادران دانش آموزان مقطع ابتدایی آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران بود. روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مادران دانش آموزان مقطع ابتدایی آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ می باشند. روش نمونه گیری این به صورت خوشه ای بود. افراد نمونه به پرسشنامه های تکانشگری، تاب آوری و بهزیستی اجتماعی پاسخ دادند سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفر (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) قرار داده شد. برای تایید یا رد فرضیه های تحقیق، آزمون تحلیل کوواریانس به کارگرفته شد. محاسبات انجام شده در دو بخش آمار توصیفی و تجزیه و تحلیل آمار استنباطی ارائه گردید. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین متغیر تکانشگری بین گروه کنترل و گروه آزمایش ($F=227.196$ و $P=0.000$) تفاوت معنی دار وجود دارد، همچنین در میانگین متغیر تاب آوری بین گروه کنترل و گروه آزمایش ($F=210.461$ و $P=0.000$) تفاوت معنی دار وجود دارد. و در میانگین متغیر بهزیستی اجتماعی بین گروه کنترل و گروه آزمایش ($F=217.702$ و $P=0.000$) تفاوت معنی دار وجود دارد.

واژگان کلیدی: آموزش راه حل مدار، تکانشگری، تاب آوری و بهزیستی اجتماعی مادران.

مقدمه

با توجه به اینکه مادر اولین مراقب کودک است و نخستین مراحل تحول، تأثیری انکارناپذیر بر شخصیت انسان دارد و همچنین، به دلیل اینکه بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ریشه در این تعامل دارند، ارتباط بین مادر و فرزند به‌نحو ویژه‌ای شایان توجه بوده است (سول^۱ و همکاران، ۲۰۲۳)؛ زیرا این پیوند چنان نزدیک و درهم‌تنیده است که هرگونه تغییر در یکی، دیگری را هم دستخوش تغییر و تحولات می‌کند. در این بین، مادر به‌عنوان فردی که دارای بیشترین ارتباط و نزدیکی با کودک است، بیشتر در معرض خطر چنین مشکلاتی است (لرتکساندی^۲ و همکاران، ۲۰۲۲؛ چاکو^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این مادران دانش آموزان، با مسائل مختلف ناشی از مشکلات خانواده مواجه بوده و مشکلات مضاعفی نسبت به سایر افراد خواهند داشت که این امر موجب پدید آمدن مشکلات روانشناختی می‌شود، که این مشکلات با نشانه‌هایی مانند علائم افسردگی و اضطراب، عدم ارتباط صحیح با دیگران، رفتار تکانشگرانه، همراه می‌باشد (ایتریووا^۴، ۲۰۲۲). بنابراین، تکانشگری از شایع‌ترین پیامدها در مادران، از دلایل مهم ارجاع آنها به مراکز مشاوره است که میتوان به عنوان رفتاری تعریف کرد که منجر به آسیب به خود یا صدمه زدن به دیگران می‌شود (مارکین، نمینی و دنوو^۵، ۲۰۲۲). پژوهشگران معتقد هستند تکانشگری مفهوم بسیار پیچیده‌ای است که از یک طرف تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روانشناختی است و از طرف دیگر از عوامل ژنتیکی تأثیر می‌پذیرد. از طرفی بی‌ثباتی خلقی نه تنها بر احساس تنهایی، بی‌ارزشی و تکانشگری بلکه به عنوان پیش‌بینی‌کننده نگرانی نیز در این افراد در نظر گرفته می‌شود (ناپی^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع تکانشگری به صورت تظاهرات مختلفی از جمله تکانشگری خصمانه و رابطه‌ای پدیدار می‌شود که شامل دو حالت تکانشگری آشکار می‌باشد (کاونتری^۷، ۲۰۲۲). تکانشگری آشکار فیزیکی و کلامی شامل رفتارهای خصمانه نظیر زدن، هل دادن، لگد زدن و نیز تهدید به انجام این اعمال به صورت کلامی است (ماکوخ، هورودنیچا و نیپیوودا^۸، ۲۰۲۲). تکانشگری رابطه‌ای، شکلی از تکانشگری است که فرد پرخاشگر با هدف برهم زدن روابط دوستانه و بین فردی قربانی، اقدام به پخش شایعات یا بدگویی و وادار کردن افراد به قطع ارتباط با فرد می‌نماید و از این طریق باعث منزوی شدن او می‌گردد (بانوال و صدوقی^۹، ۲۰۲۲).

همچنین در دهه‌های اخیر، ویژگی‌های تاب‌آوری با توجه به اثراتش بر مادران و نیز فرایندهای تحولی افراد، در بیشتر فرهنگ‌ها درخور توجه قرار گرفته است (سینگر، مائلول، وانگ و اثرایدجه^{۱۰}، ۲۰۲۱). تاب‌آوری در مادران به سازگاری و سلامت‌روانی آنها منجر شده است (نعمتی و مهدی‌پور - مارالانی، ۱۳۹۵؛ مک کوبین و مک کوبین^{۱۱}، ۲۰۲۲؛ پاترسون^{۱۲}، ۲۰۲۲). افزون بر این، تاب‌آوری از طریق پیشگیری از مبتلا شدن به اختلال‌ها به سازگاری و سلامت‌روانی افراد کمک می‌کند (میلانت، اید، کواوس، و میهان^{۱۳}، ۲۰۲۲؛ لی، سادوم و زامورسکی^{۱۴}، ۲۰۲۳). تاب‌آوری باعث ارتقا سازگاری، مقاومت و بهبود سلامت روانی و جسمی بعد از یک موقعیت چالش برانگیز می‌شود. همچنین یک فرآیند واکنشی در غلبه بر اثرات منفی موقعیت‌های استرس‌زای زندگی و یادگیری در مورد آن است (لی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰). افراد با تاب‌آوری پایین در شرایط استرس‌زا به شیوه انعطاف‌ناپذیر و خشک عمل می‌کنند که منجر به رفتار ناسازگار می‌شود (شارپلی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲). در نظریه تاب‌آوری به افراد نه به عنوان موجود منفعل پاسخ‌دهنده در برابر محرک‌ها، بلکه به عنوان تصمیم‌گیرنده‌های

^۱ Theule^۲ Lertxundi^۳ Chacko^۴ Itriyeve^۵ Markin, Temniy & Dnov^۶ Nappi^۷ Coventry^۸ Makukh, Horodnycha & Nepyivoda^۹ Banwal & Siddiqui^{۱۰} Singer, Maul, Wang & Ethridge^{۱۱} McCubbin & McCubbin^{۱۲} Patterson^{۱۳} Mylant, Ide, Cuevas & Meehan^{۱۴} Lee, Sudom & Zamorski^{۱۵} Lee^{۱۶} Sharpley

دارای حق انتخاب و امکان تسلط و ثمربخش‌نگریسته می‌شود. تاب‌آوری ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است (کیلگور^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که افراد تاب‌آور رفتارهای خودشکنانه ندارند، از نظر هیجانی آرام هستند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند و تاب‌آوری با تعدیل و کم‌رنگ کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی افراد را تضمین می‌کند (نجاری و همکاران، ۱۴۰۰). یکی دیگر از مشکلات مادران دانش‌آموزان افت سلامت و بهزیستی است که بهزیستی یک حالت مثبت جسمانی، اجتماعی، معنوی و روانی (نه فقط نداشتن ناراحتی و بیماری) می‌باشد (هوآن^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). بهزیستی اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد مهم بهزیستی مفهومی چندبعدی به معنای ادراک افراد از کیفیت ارتباط آن‌ها با جامعه و دیگران می‌باشد (نی^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). بهزیستی اجتماعی در کنار تندرستی جسمی و روانی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به طوری که دیگر، بهزیستی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی درباره اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی بهزیستی فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (کو^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). بهزیستی اجتماعی به معنای گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباط‌های آنها با دیگران است (آرتلاریس^۵، ۲۰۱۷). عناصر بهزیستی اجتماعی شامل شناخت و پذیرش دیگران، پذیرش و ارزش فرد به عنوان یک شریک اجتماع، مشارکت و باور به تحول مثبت اجتماعی هستند که این عناصر می‌توانند باعث انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی شوند (دنگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). افراد دارای بهزیستی اجتماعی بالا زندگی را هدفدار می‌دانند، خود را حاکم بر زندگی دانسته و در کنار تمامی جوانب زندگی خود را متعلق به اجتماع افراد دانسته و سعی در بهبودی روابط اطراف خود دارند (زاهدیالاس و پلهواری^۷، ۲۰۱۴).

یکی از مداخلات روانشناختی مؤثر در ارتقای وضعیت روانشناختی مادران دانش‌آموزان مقطع ابتدایی آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران، اثربخشی آموزش راه حل مدار است. در کمتر از دو دهه، درمان راه حل محور از یک رویکرد غیرمتداول و ناشناخته به رویکردی تبدیل شد که در ایالات متحده و دیگر کشورها به طور فزاینده‌ای از آن استفاده می‌شود (فرانکلین، بولتون و گاز^۸، ۲۰۱۹)؛ مشاوران راه حل محور ادعا کرده‌اند که این روش تغییر سریع و پایدار و همین‌طور درجه بالایی از رضایت مندی‌های مراجع را فراهم می‌کند (رستمی، سعادت‌ی و یوسفی، ۱۳۹۷). این رویکرد دیدگاهی قابلیت محور است که به جای تمرکز بر رفتارهای مشکل‌آفرین بر رشد و پرورش راه حل‌ها تمرکز دارد. قابلیت‌های مراجع در جلسه درمان بر اساس تمرکز بر تعاملات و یافته‌های مثبت و غیرمشکل‌زا تشخیص داده می‌شود و مقاومت مراجعین در جلسه درمان به دلیل تمرکز بر موارد مثبت (آنچه باید افزایش پیدا کند) به عوض تمرکز بر نقایص از بین می‌رود (بیباچ^۹، ۲۰۱۴). درمانگر راه حل محور در جلسه مشاوره بر معانی کلمات تأکید دارد و به جای تحلیل بیرونی و جستجوی خارجی حقیقت به واقعیت از چشم انداز متفاوتی نگاه می‌کند و فرایند محاوره در این روش برای معنی‌سازی به کاربرده می‌شود (بهبهانی، ذوالفقاری و حبی، ۱۳۹۹)؛ همچنین محاوره درمانی به درمانگر و مراجع اجازه می‌دهد که واقعیت‌ها را به گونه‌ای ببینند که فضا برای چشم انداز ای جدید باز شود و اگر مراجعان بتوانند با موفقیت به یک تغییر شناختی و احساسی برسند توانایی آنها برای حل و کنترل مشکل نشان داده می‌شود (دامرون^{۱۰}، ۲۰۱۶).

پس به طور کلی با توجه به این که مشکلات رفتاری والدین می‌تواند صدمات جدی و جبران‌ناپذیری به خودشان و اطرافیان شان وارد کند، لذا ضرورت دارد که برای خانواده‌های دارای مشکلات رفتاری به خصوص خانواده‌ها، با مادران تکانشگر که توانایی کافی در مدیریت رفتار کودکان خود ندارند راهکارهای درمانی اندیشیده شود. بنابراین پژوهش حاضر بر آن است تا

^۱ Killgore

^۲ Huan

^۳ Ni

^۴ Ko

^۵ Artelaris

^۶ Deng

^۷ Zahediasl & Pelhvari

^۸ Franklin, Bolton & Guz

^۹ Beyebach

^{۱۰} Dameron

میزان اثربخشی آموزش راه حل مدار بر کاهش تکانشگری، تاب آوری و بهزیستی اجتماعی مادران دانش آموزان مقطع ابتدایی آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران را مورد آزمون قرار دهد.

روش شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون به همراه گروه کنترل بود. در طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل، کلیه شرکت کنندگان دو بار مورد اندازه گیری قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مادران دانش آموزان مقطع ابتدایی آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ می باشند. در این پژوهش تعداد کل جامعه آماری ۱۴۰ نفر می باشند. روش نمونه گیری این به صورت خوشه ای بود. بدین صورت که بعد از فراخوان توسط پژوهشگر در هر مدرسه مادرانی که تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند، انتخاب و پرسشنامه های تکانشگری، تاب آوری و بهزیستی اجتماعی توزیع گردید. سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفر (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) قرار داده شد. لازم به ذکر است که بعد از معرفی و گرفتن رضایت نامه از والدین کودکان ۳۰ نفره (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده های در این پژوهش با توجه به ماهیت تحقیق و فاصله ای بودن مقیاس متغیرهای وابسته، از آزمون پارامتری تحلیل کواریانس در محیط نرم افزار SPSS-۲۶ استفاده گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات

۱- **مقیاس تکانشگری بارت (۲۰۰۴):** پرسشنامه تکانشگری بارت ویرایش یازدهم توسط پروفسور ارنست بارت ساخته شده است (بارت و همکاران ۲۰۰۴). مقیاس تکانشگری بارت همبستگی بسیار خوبی با پرسشنامه تکانشگری آیزنک دارد و ساختار پرسش های گردآوری شده از هر دو پرسشنامه، نشان دهنده ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دور اندیشی است. این پرسشنامه دارای ۳۰ پرسش می باشد که شامل تکانشگری شناختی (۵، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶ و ۲۸)، تکانشگری حرکتی (۲، ۳، ۴، ۱۶، ۱۹، ۲۳ و ۲۵) و عدم برنامه ریزی (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۲۴، ۲۷، ۲۹) می باشد. سوالات این پرسشنامه در مقیاس لیکرت تنظیم شده است که از ۱ (نبودن) تا ۴ (بسیار زیاد) است. گروه کنترل غیر بالینی نمراتی در گستره ۶۰-۵۰ کسب می کنند. گویه های شماره ۳۰ و ۸ نیز به علت نامتجانس بودن حذف گردیده است. در این پرسشنامه تعداد گویه هایی که به صورت معکوس نمره گذاری می شوند ۱۱ عدد بوده که عبارتند از: ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰. اعتبار و روایی فرم فارسی این پرسشنامه که توسط اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) صورت پذیرفته است، ۳ عامل عدم برنامه ریزی (۹ ماده)، تکانشگری حرکتی (۱۰ ماده) و تکانشگری شناختی (۵ ماده) را نشان داد. تعیین پایایی مقیاس تکانشگری بارت به روش همسانی درونی انجام گردیده است و برای این منظور از فرمول ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج بدست آمده، ضریب آلفای کرونباخ، برای سوالات عامل اول ۰/۸۱، برای سوالات عامل دوم ۰/۶۷ و برای سوالات عامل سوم ۰/۷۰ بوده و پایایی باز آزمون نمرات کل ۰/۷۷ بدست آمده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ عامل برنامه ریزی ۰/۶۲، تکانشگری حرکتی ۰/۷۳ و تکانشگری شناختی ۰/۶۴ بدست آمد.

۲- **پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳):** این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی (کاملاً نادرست = ۰؛ به ندرت = ۱؛ گاهی درست = ۲؛ اغلب درست = ۳؛ همیشه درست = ۴) نمره گذاری می شود. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی (۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰)، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی (۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱) می باشد.

۱. Fertility Problem Inventory Barratt

۶، پذیرش مثبت تغییر وروابط ایمن (۸-۵-۴-۲-۱)، کنترل (۲۲-۲۱-۱۳) و تأثیرات معنوی (۹-۳) است. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون در هنگام شروع آزمایش و همچنین هنگام خاتمه با نمرات مقیاس تجربه جنسی آریزونا همبستگی معناداری نداشت. این مطلب حاکی از اعتبار افتراقی آزمون است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی و همکاران، ۲۰۰۶).

۳- پرسشنامه استاندارد بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸): این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان بهزیستی اجتماعی می باشد. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت کاملاً مخالفم (۵)؛ مخالفم (۴)؛ نظری ندارم (۳)؛ موافقم (۲) و کاملاً موافقم (۱) می باشد. اما این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ معکوس می باشد. این پرسشنامه دارای ۶ مؤلفه همبستگی اجتماعی (۱، ۱۱، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۹، ۳۳)، انسجام اجتماعی (۲، ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۲۱)، مشارکت اجتماعی (۳، ۲۴، ۲۶، ۲۸، ۳۲)، پذیرش اجتماعی (۴، ۸، ۱۴، ۱۹، ۲۳، ۲۵) و شکوفایی اجتماعی (۵، ۷، ۱۵، ۱۷، ۲۵، ۳۰) می باشد. کیز (۱۹۹۸) طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تایید قرار داده است. او جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد که میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۴۱، به دست آمده که ضرایب قابل قبولی است. حیدری و غنایی (۱۳۸۷) در ایران پرسشنامه بهزیستی اجتماعی را بر روی ۶۳۲ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحدهای استان مرکزی هنجاریابی کردند. نتایج حاصل از پژوهش آنها نشان داده که اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ است و نتایج تحلیل اکتشافی موید ساختار پنج عاملی این پرسشنامه با تغییر در برخی گویه ها در جامعه دانشجویی بود.

۴- پروتکل درمانی راه حل مدار کوتاه مدت: بنا به گفته ی دشازر و همکاران (۲۰۰۶) محتوی مداخله درمان راه حل مدار اقتباسی از پژوهشهای مختلف تا به حال صورت گرفته در این حوزه است که به طور خلاصه ایجاد یک راه حل مثبت و منطقی با موضعی متمرکز، بررسی راه حل های مثبت قبلی، جستجوی استثنائات، پرسیدن سؤال در مقابل دستور یا تفسیر، سؤالات حال و آینده محور در مقابل سؤالات گذشته محور را شامل می شود. همانگونه که رویکردهای درمانی پست مدرن از جمله رویکرد راه حل مدار کوتاه مدت بنیان گذار واحدی ندارند و این گونه رویکردها حاصل تلاش چند تن بوده اند پروتکل درمانی این رویکرد هم مبدع خاصی ندارد. ولی اولین پروتکل درمانی ویراست شده و مدون شده این رویکرد در سال ۲۰۰۶ توسط دشازر برای مقاصد پژوهشی تدوین و تنظیم شد (دشازر و همکاران ۲۰۰۶). پروتکل درمانی فایل حاضر نیز بر اساس کار دشازر و همکاران (۲۰۰۶) طراحی شده است. اختصاری از جلسات درمان راه حل مدار کوتاه مدت در این پژوهش به شرح زیر می باشد:

جلسه	هدف	مدت زمان
جلسه اول	هدف این جلسه معارفه و ایجاد ارتباط و اطمینان دهی به بیماران در مورد اجرای اصل رازداری و اجرای پیش‌آزمون و تعیین چارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان راه‌مدار است. پس از اینکه درمانگر خود را به بیماران معرفی می‌کند به بیماران یادآور این نکته می‌شود که به کار بستن تکنیک‌های این نوع از درمان می‌تواند زندگی لذت‌بخش‌تری را برای آنها به همراه آورد.	۹۰ دقیقه
جلسه دوم	بررسی اهداف بیماران و منطبق کردن اهدافشان بر سه اصل مثبت و معین و ملموس و قابل اندازه‌گیری بودن و سپس از بیماران خواسته می‌شود که در مورد مشکلات خود صحبت کنند و راه‌حل‌هایی که از دید خودشان در مورد بالا رفتن بهبود شرایط زندگیشان مؤثر هست را بیان کنند و انتظارات خود را از زندگی به صورت دقیق و واضح بیان کنند تا بتوانند به ارزیابی امکانات خود در راستای رسیدن به خواسته‌هایشان بپردازند.	۹۰ دقیقه
جلسه سوم	هدف این جلسه حذف الگوی محل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه‌آسا و تأمل در مورد پاسخشان در مورد سؤالات شرایط استثناست. در این جلسه در مورد پاسخ‌ها و راه‌حل‌هایی که بیماران ارائه داده‌اند بحث و تبادل نظر می‌شود و در کنار راهنمایی به آنها، جنبه‌های مختلف راه‌حل‌هایی که در پاسخ آنان نهفته و قبلاً در زندگی آنها اتفاق افتاده‌پی ببرند و برای آنها توضیح داده‌شده که در حقیقت آنها بخش‌هایی از این معجزه را در زندگی خود داشته‌اند اما به آن توجه نکرده‌اند.	۹۰ دقیقه
جلسه چهارم	هدف این جلسه یافتن موارد استثناست که شرکت‌کنندگان به موارد مثبت زندگی خود پی ببرند و سطح کیفیت زندگی خود را بر پایه‌ی خوکفایی و خودکارآمدی کشف شده، بالا ببرند و حوزه‌ی مشکلات خود را کاهش دهند و دقت کنند در زمان‌هایی که احساس خوکارآمدی بیشتری می‌کردند، چه کار متفاوتی انجام می‌دادند؟	۹۰ دقیقه
جلسه پنجم	هدف این جلسه ایجاد راه‌حل‌ها و تثبیت است و تحسین شدن شرکت‌کنندگان برای یافتن راه‌حل‌های متفاوت و بدیع برای اهداف جدید خود تا دریابند برای بهبود شرایط و کیفیت زندگی خود می‌توانند از منابع و قابلیت‌های خود به طرز مطلوبی استفاده کنند. شرکت‌کنندگان بایستی به این سؤالات جواب بدهند که اگر قرار باشد قدمی کوچک برای مشکلاتشان بردارند، چه کار خواهند کرد؟ و زمانی که مشکلاتشان حل شد برای تثبیت روند مطلوب زندگی خود چه کار متفاوتی انجام خواهند داد؟	۹۰ دقیقه
جلسه ششم	هدف این جلسه جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از طول این مدت درمان و آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اتمام جلسات است، علاوه بر این از شرکت‌کنندگان پرسیده‌شود که از زمان شروع جلسات تا به الان چه چیزی بهتر شده است و چه چیزی مایه‌ی انگیزه‌ی شماست که به تلاش‌تان ادامه دهید؟ و اینکه بعد از اتمام درمان می‌خواهند چه کار کنند و چه تغییراتی را در زندگیشان اجرا کنند؟	۹۰ دقیقه

یافته ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

مولفه ها	آزمون	کنترل		آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تکانشگری شناختی	پیش آزمون	۳/۴۰۹	۰/۳۴۹	۳/۶۲۸	۰/۲۴۶
	پس آزمون	۳/۳۷۱	۰/۵۲۵	۳/۷۴۲	۰/۳۷۴
تکانشگری حرکتی	پیش آزمون	۳/۴۹۵	۰/۳۱۴	۳/۵۲۳	۰/۲۶۸
	پس آزمون	۳/۶۲۸	۰/۴۹۷	۴	۰/۴۴۵
عدم برنامه ریزی	پیش آزمون	۳/۴۹۵	۰/۲۰۸	۳/۵۶۱	۰/۱۷۴
	پس آزمون	۳/۹۷۱	۰/۵۲۴	۳/۲۲۸	۰/۲۶۳
تصور از شایستگی فردی	پیش آزمون	۳/۵۳۳	۰/۱۶۶	۳/۵۹۱	۰/۲۰۸
	پس آزمون	۳/۳۰۸	۰/۷۰۳	۳/۳۲۵	۰/۷۳۱
اعتماد به گرایش فردی تحمل عاطفه منفی	پیش آزمون	۳/۴۷۶	۰/۱۸۴	۳/۵۹۰	۰/۳۰۴
	پس آزمون	۳/۴۰۰	۰/۸۴۳	۳/۳۷۱	۰/۷۹۳
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	پیش آزمون	۳/۶۴۰	۰/۳۵۶	۳/۶۸۰	۰/۲۴۸
	پس آزمون	۳/۴۶۶	۰/۵۷۹	۳/۸۵۳	۰/۴۵۶
کنترل	پیش آزمون	۳/۳۳۳	۰/۲۵۱	۳/۵۱۱	۰/۳۳۰
	پس آزمون	۳/۲۶۶	۰/۹۰۱	۳/۲۴۴	۰/۸۵۸
تأثیرات معنوی	پیش آزمون	۳/۶۰۰	۰/۴۷۰	۳/۱۰۰	۰/۲۸۰
	پس آزمون	۳/۲۳۳	۰/۵۹۳	۴	۰/۷۰۷
همبستگی اجتماعی	پیش آزمون	۳/۶۰۹	۰/۲۸۲	۳/۷۹۰	۰/۱۵۱
	پس آزمون	۳/۶۷۶	۰/۳۵۱	۳/۹۱۴	۰/۳۸۱
انسجام اجتماعی	پیش آزمون	۳/۳۸۸	۰/۱۸۵	۳/۴۳۳	۰/۲۰۷
	پس آزمون	۳/۳۵۵	۰/۵۱۸	۳/۵۴۴	۰/۵۰۱
مشارکت اجتماعی	پیش آزمون	۳/۳۸۸	۰/۱۸۵	۳/۴۳۳	۰/۲۰۷
	پس آزمون	۳/۱۰۰	۰/۵۳۷	۳/۶۰۰	۰/۶۲۲
پذیرش اجتماعی	پیش آزمون	۳/۵۹۰	۰/۳۲۷	۳/۶۱۹	۰/۳۷۶
	پس آزمون	۳/۴۶۶	۰/۴۶۵	۳/۸۰۹	۰/۴۱۰
شکوفایی اجتماعی	پیش آزمون	۳/۴۵۷	۰/۲۶۰	۳/۶۱۹	۰/۱۹۲
	پس آزمون	۳/۰۲۸	۰/۴۱۸	۳/۱۲۳	۰/۲۶۹

بر طبق جدول ۱. می‌توان بیان داشت که در متغیرهای تکانشگری و مولفه‌هایش (تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی، عدم برنامه‌ریزی) و متغیر تاب‌آوری و مولفه‌هایش (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به گرایش فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل، تأثیرات معنوی) و متغیر بهزیستی اجتماعی و مولفه‌هایش (همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) بین گروه کنترل و گروه آزمایش تفاوت وجود دارد. در این پژوهش از آزمون نیکوئی برازش کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن مشاهدات استفاده گردیده است. نتایج این آزمون در جدول ۲. آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

مولفه ها	آزمون	کنترل		آزمایش	
		K-S	معنی‌داری	K-S	معنی‌داری
تکانشگری شناختی	پیش آزمون	۰/۱۹۲	۰/۱۴۴	۰/۴۵۳	۰/۰۹۹
	پس آزمون	۰/۱۰۷	۰/۰۸۸	۰/۱۶۹	۰/۰۹۲
تکانشگری حرکتی	پیش آزمون	۰/۱۳۶	۰/۰۸۳	۰/۲۲۲	۰/۰۶۵
	پس آزمون	۰/۱۰۶	۰/۰۷۹	۰/۲۹۵	۰/۰۶۱
عدم برنامه ریزی	پیش آزمون	۰/۱۷۴	۰/۰۶۸	۰/۲۲۶	۰/۰۷۸

مؤلفه ها	آزمون	کنترل		آزمایش	
		K-S	معنی‌داری	K-S	معنی‌داری
تصور از شایستگی فردی	پس آزمون	۰/۱۵۶	۰/۰۷۷	۰/۲۱۲	۰/۰۶۹
	پیش آزمون	۰/۳۱۳	۰/۰۷۹	۰/۲۰۷	۰/۰۸۲
	پس آزمون	۰/۱۳۴	۰/۰۹۱	۰/۲۹۷	۰/۰۸۱
اعتماد به گرایش فردی تحمل عاطفه منفی	پیش آزمون	۰/۲۳۶	۰/۰۶۴	۰/۲۰۷	۰/۰۸۲
	پس آزمون	۰/۱۲۵	۰/۰۷۹	۰/۲۵۸	۰/۰۸۸
	پیش آزمون	۰/۲۱۶	۰/۰۵۷	۰/۱۳۴	۰/۰۷۵
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	پس آزمون	۰/۱۲۴	۰/۰۶۷	۰/۲۱۹	۰/۰۵۲
	پیش آزمون	۰/۳۶۷	۰/۰۶۷	۰/۱۷۶	۰/۰۷۶
	پس آزمون	۰/۱۳۸	۰/۰۸۸	۰/۴۳۸	۰/۰۷۳
کنترل	پیش آزمون	۰/۲۰۲	۰/۰۹۳	۰/۱۴۵	۰/۰۸۳
	پس آزمون	۰/۲۰۷	۰/۰۸۴	۰/۳۷۳	۰/۰۷۷
	پیش آزمون	۰/۱۵۶	۰/۰۷۴	۰/۱۶۷	۰/۰۷۸
تأثیرات معنوی	پس آزمون	۰/۲۲۱	۰/۰۶۶	۰/۲۷۰	۰/۰۸۴
	پیش آزمون	۰/۱۹۲	۰/۱۴۱	۰/۱۰۲	۰/۰۷۵
	پس آزمون	۰/۱۵۸	۰/۰۶۹	۰/۲۸۵	۰/۰۷۲
همبستگی اجتماعی	پیش آزمون	۰/۱۹۲	۰/۱۴۱	۰/۱۹۶	۰/۱۲۴
	پس آزمون	۰/۲۹۳	۰/۰۷۱	۰/۲۸۵	۰/۰۷۲
	پیش آزمون	۰/۲۵۶	۰/۰۸۹	۰/۲۵۷	۰/۰۹۹
انسجام اجتماعی	پس آزمون	۰/۱۹۹	۰/۱۱۲	۰/۱۹۷	۰/۱۲۱
	پیش آزمون	۰/۲۱۲	۰/۰۶۹	۰/۱۹۲	۰/۱۴۲
	پس آزمون	۰/۱۳۹	۰/۰۹۲	۰/۲۶۰	۰/۰۸۸

با توجه به جدول ۲. مقداری معنی داری برای داده ها همچنین قرار گرفتن آماره Z با سطح اطمینان ۰/۹۵ و خطای ۰/۵۰ بین ۱/۹۶+ تا ۱/۹۶- می توان بیان نمود که شرط نرمال بودن داده ها برقرار هست.

جدول ۳. نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس خطاهای متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره f	Df ^۱	Df ^۲	سطح معناداری
تکانشگری شناختی	۲/۶۴۹	۱	۲۸	۰/۴۲۷
تکانشگری حرکتی	۲/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۷۴
عدم برنامه‌ریزی	۱/۶۹۰	۱	۲۸	۰/۴۱۳
تصور از شایستگی فردی	۲/۰۹۳	۱	۲۸	۰/۷۶۳
اعتماد به گرایش فردی تحمل عاطفه منفی	۱/۱۷۸	۱	۲۸	۰/۲۸۷
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۲/۵۹۶	۱	۲۸	۰/۴۴۶
کنترل	۲/۰۰۵	۱	۲۸	۰/۹۴۲
تأثیرات معنوی	۱/۶۴۴	۱	۲۸	۰/۲۱۰
همبستگی اجتماعی	۴/۸۷۲	۱	۲۸	۰/۰۹۶
انسجام اجتماعی	۳/۰۰۹	۱	۲۸	۰/۹۲۴
مشارکت اجتماعی	۳/۰۰۹	۱	۲۸	۰/۹۲۴
پذیرش اجتماعی	۲/۱۵۹	۱	۲۸	۰/۱۵۳
شکوفایی اجتماعی	۲/۰۰۶	۱	۲۸	۰/۹۳۹

نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس خطاهای متغیرهای پژوهش در بین گروه‌های مختلف (کنترل و آزمایش) نشان می‌دهد. براساس یافته‌های جدول، از آنجا که سطح معنی داری آماره f بزرگتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می توان بیان داشت که واریانس خطای دو گروه با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نشده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

آزمون	ارزش	مقدار f	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلای	۰/۹۹۶	۱۳۱/۸۱۷	۳/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۱۶
لامبدای ویلکز	۰/۱۰۴	۱۳۱/۸۱۷	۳/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۱۶
اثر هاتلینگ	۸/۱۰۷	۱۳۱/۸۱۷	۳/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۱۶
بزرگترین ریشه	۸/۱۰۷	۱۳۱/۸۱۷	۳/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۱۶

جدول ۴. تفاوت میانگین متغیرهای تکانشگری، تاب آوری و بهزیستی اجتماعی با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۴. مشاهده می‌شود، میانگین متغیرها بین گروه کنترل و گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای تکانشگری، تاب آوری و بهزیستی اجتماعی تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر (۰/۹۱۶) نشان می‌دهد که تفاوت در میانگین دو گروه بالا بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس روی میانگین متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	sig	مجذور اتا
تکانشگری	۹۲۹/۰۷۱	۱	۹۲۹/۰۷۱	۲۲۷/۱۹۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۱
خطا	۹۹/۸۱۲	۲۷	۱۰/۰۳۲			
تاب آوری	۸۶۹/۰۰۸	۱	۸۶۹/۰۰۸	۲۱۰/۴۶۱	۰/۰۰۰	۰/۹۱۸
خطا	۹۷/۴۴۸	۲۷	۹/۰۱۸			
بهزیستی اجتماعی	۸۷۳/۰۴۴	۱	۸۷۳/۰۴۴	۲۱۷/۷۰۲	۰/۰۰۰	۰/۹۶۴
خطا	۹۵/۶۵۴	۲۷	۹/۰۲۶			

* $P < 0.01$

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین‌های متغیرهای تکانشگری، تاب آوری و بهزیستی اجتماعی را در گروه کنترل و گروه آزمایش نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۵. میانگین متغیر تکانشگری بین گروه کنترل و گروه آزمایش ($F=227/196$ و $P=0/000$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد، همچنین در میانگین متغیر تاب‌آوری بین گروه کنترل و گروه آزمایش ($F=210/461$ و $P=0/000$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد و در میانگین متغیر بهزیستی اجتماعی بین گروه کنترل و گروه آزمایش ($F=217/702$ و $P=0/000$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین متغیر تکانشگری بین گروه کنترل و گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار وجود دارد، همچنین در میانگین متغیر تاب‌آوری بین گروه کنترل و گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار وجود دارد و در میانگین متغیر بهزیستی اجتماعی بین گروه کنترل و گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش اعتمادی و همکاران (۱۴۰۲)، متصدی زرنندی و متصدی زرنندی (۱۴۰۲)، منتصرالدوله و همکاران (۱۴۰۲) همسو می‌باشد. اعتمادی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان گروهی راه حل مدار بر کاهش تعارضات مادر-دختر در مادران نشان داد که درمان نامبرده منجر به افزایش مهارت استدلال و کاهش تکانشگری کلامی و فیزیکی در مادران شده و در مجموع تعارضات مادر-دختر را کاهش می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از این روش درمان می‌توان برای کاهش تعارضات مادر-دختر بهره‌مند شد. متصدی زرنندی و متصدی زرنندی (۱۴۰۲) نشان دادند که بین پرخاشگری، کودکان مادران شاغل دولتی-شاغل آزاد و خانه‌دار تفاوت معنی‌داری وجود دارد و می‌توان گفت پرخاشگری کودکان مادران شاغل دولتی کمتر از مادران شاغل آزاد و خانه‌دار می‌باشد. نتایج پژوهش منتصرالدوله و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد نمرات پرخاشگری در

گروه مداخله بعد از مداخله و در مرحله پیگیری با گروه کنترل تفاوت معنادار داشته است. بنابراین آموزش تئوری انتخاب بر پرخاشگری مادران پرخاشگر اثربخش بوده است.

در تبیین اینگونه می‌توان گفت که تاب‌آوری یکی از شیوه‌های مناسب برای بالابردن سطح سلامت روان افراد در جامعه است. تاب‌آوری فرد را قادر می‌سازد که علیرغم فشارهای شدید و برخورد با عوامل خطرآفرین، عملکرد اجتماعی، فردی و روانشناختی بهتری را از خود نشان داده و بر مشکلات فائق آید. بر این مبنا تاب‌آوری به مادران کمک می‌کند تا بتوانند از خود در برابر وسوسه‌های ذهنی و شناختی ایستادگی به خرج دهند و رفتارهای تکانشگرانه کمتری از خود ظاهر سازند. از طرفی باید اذعان داشت تاب‌آوری به دنبال آن است که با سرعت بخشیدن به تغییر روانشناختی از طریق اشتغال ذهنی، نه فقط به بهبود بدترین شرایط زندگی کمک کند، بلکه ظرفیت ذهنی و روانی بیشتری نیز در افراد به وجود آورد (آیاش-ابدو^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). براین اساس فرایند و تکنیک‌های تاب‌آوری با در نظر گرفتن جنبه‌های مثبت رخدادهای زندگی تأکید دارد. از آنجا که ناامیدی یکی از علل تکانشگری است، تاب‌آوری می‌تواند افکار و اندیشه‌های مادران را از حالت غیرمنعطف خارج سازد و به آنان امیدی دوباره بخشد. همچنین باید اشاره کرد که تاب‌آوری با فاکتورهایی خود سبب می‌شود تا فرد با استفاده از آن آرامش خود را در شرایط استرس‌زا حفظ و تکانشگری او را کنترل کند، در رویارویی با موانع انعطاف ورزد، از روش‌های فرسایشی اجتناب کند و خوش‌بینی و احساسات مثبت خود را به هنگام دشواری‌ها حفظ کند. براین اساس مادرانی که تاب‌آور هستند، اغلب با به‌کارگیری مهارت‌هایی مانند صبر و بردباری به هنگام رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زا به حالت معمول باز می‌گردند و راهبردهای مؤثری برای کاهش افکار و رفتارهای تکانشگرانه به کار می‌گیرند و با گسترش توانایی روانی خود، تکانشگری کمتری را نیز تجربه می‌کنند.

در ادامه تبیین یافته‌های فوق همچنین می‌توان گفت صرف وقت زیاد مادر برای کودک و مشکلات رفتاری او، تلاش مادر برای رفع این مشکلات و ناکامی حاصل از آن، باعث استرس و اضطراب، و احساس شکست شده و در نتیجه بر بهزیستی اجتماعی مادر تأثیر منفی می‌گذارد. بعلاوه نقص در مهارت‌های اجتماعی باعث نداشتن دوست و روابط دوستی، مشکلاتی در مهمانی‌ها، کاهش روابط بین فردی، انزوای اجتماعی و گاه حتی طرد اجتماعی شده که این تأثیری منفی بر بهزیستی اجتماعی مادر می‌گذارد. از طرفی افرادی که از تاب‌آوری بالایی برخوردارند، خود را پذیرفته‌اند و به صورت مستقل و خودمختار عمل می‌کنند. عامل عدم قضاوت در تاب‌آوری با بهزیستی اجتماعی بالا مرتبط است. چرا که افرادی که قضاوت کمتری می‌کنند، خود را پذیرفته و دیدگاهی غیر نقادانه و غیرقضاوتی به خود دارند. لذا استنباط می‌شود که افراد تاب‌آور با حفظ آگاهی و در لحظه اکنون بودن بر محیط تسلط دارند و با خصوصیت عدم واکنش بهتر قادر به برقراری ارتباط مثبت با دیگران هستند. توانایی توجه هدفمندی در زندگی و خودمختاری را تقویت کرده، از ابعاد جسمانی، روانشناختی و محیط خود باخبرترند. بنابراین با تبیین نظری و پژوهشی موجود می‌توان گفت مؤلفه‌های تاب‌آوری به صورت مثبت و معنادار بهزیستی اجتماعی را در مادران پیش‌بینی می‌کند.

بنابراین در تبیین اینگونه می‌توان بیان کرد که در درمان راه‌محور به نوعی با تشویق مراجع و نیز فنون مختلف، مانند سوال معجزه و استثنائات به مراجع کمک می‌شود تا تنظیم هیجانش در برابر مشکلات و مسائل پیش‌رو افزایش یابد. چرا که این درمان با یافتن استثنائات در زندگی مراجع به او کمک می‌کند تا نسبت به آینده خوشبین‌تر بوده و در شرایط سخت و بحرانی نیز به طور موفقیت‌آمیزی آن شرایط نامطلوب را پشت سر بگذارد و با آن سازگار شود. همچنین درمانگران راه‌حل‌محور از سؤالات درجه‌بندی نیز در فرایند درمان استفاده می‌کنند. از سؤالات درجه‌بندی برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت مراجعان در طول جلسات درمانی استفاده می‌شود. سؤالات درجه‌بندی از مراجعان می‌خواهد که وضعیت یا هدف خود را برای مقیاس‌های ۱ تا ۱۰ رتبه‌بندی کنند. این سوال برای کمک به مراجعان مفید است و به آنها کمک می‌کند تا جنبه‌های پیچیده زندگی‌شان را عینی‌تر و قابل‌فهم‌تر کنند و بتوانند پیشرفت درمان را از ابتدا تا انتها ارزیابی کنند. سؤالات درجه‌بندی همچنین مراجعان را تشویق می‌کند تا تغییرات را به عنوان مجموعه‌ای از گام‌های کوچک ببینند، نه راه‌حل‌های بزرگ و یا همه یا هیچ. درمان راه‌حل‌محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر الگوهای ارتباطی

^۱ Ayyash-Abdo

استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد کرد؛ از این رو، درمانگر راه حل محور حس خودکنترلی و مدیریت روابط و کنترل عواطف را در مراجعان تقویت می‌کند؛ آن‌ها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه حل‌ها و ساختار دادن به این راه حل‌ها انجام می‌دهند.

درمان راه حل مدار معتقد است افراد تحت درمان شایستگی‌ها و خلاقیت‌های لازم برای تغییر هیجان را در درون خود دارند. براساس دیدگاه راه حل محور تغییر و دگرگونی، امری اجتناب‌ناپذیر بوده و مخصوصاً تغییرات سازنده امکان‌پذیر است. لذا در این نوع درمان تمرکز به جای زمینه‌های سخت و غیرقابل تغییر بر روی مسایلی است که احتمال تغییر در آن‌ها وجود دارد. به همین علت است که درمان راه حل محور به مشاوره امیدواری شهرت پیدا کرده است. درمان راه حل مدار با شکستن چرخه راه حل‌های تکراری به کاربرده شده توسط مادران و تشویق آن‌ها به پیدا کردن و امتحان راه‌های جدید به آنها کمک می‌کند تا دریابند مشکل همواره به یک شدت وجود ندارد و تلاش آن‌ها برای ایجاد تغییرات کوچک در نهایت می‌تواند باعث ایجاد تغییرات بزرگتر شود. درمان راه حل محور به نوعی با تشویق مراجع و نیز فنون دیگر، مانند سوال معجزه و استثنائات به مراجع کم می‌شود تا تنظیم هیجاناتش در برابر مسائل و مشکلات پیش رو افزایش یابد. چرا که این درمان با یافتن استثنائات در زندگی مراجع به او کم می‌کند تا نسبت به آینده خوشبین بوده و در شرایط سخت و بحرانی نیز به طور موفقیت‌آمیزی آن شرایط نامطلوب را پشت سر بگذارد و با آن سازگار شود. در نهایت اینگونه می‌توان بیان کرد که در جلسات درمانی، زمانی که بواسطه فنون تغییر مدار راه حل محور، مراجعان تمرکز خود را از مشکلات به سمت راه حل‌ها تغییر دادند، توانستند با کمک درمانگر راه حل‌های مناسبی جهت حل مشکلات شان پیدا کنند. هنگامی که مراجعان به راه حل‌های گوناگونی برای حل مشکلات شان دست پیدا کردند و تغییرات کوچک را در پی به کارگیری این راه حل‌ها در زندگی و روابطشان ملاحظه نمودند، امیدواری برای ایجاد تغییرات بزرگتری در آنها ایجاد گردید. همچنین با کشف و استخراج استثنائات زندگی هر کدام مراجعان، آنها دریافتند که زمان‌هایی در زندگی آنها وجود داشته که مشکلات به این گونه که هم اکنون با آن مواجه هستند وجود نداشته یا با شدت کمتری وجود داشته است و پی بردند که در آن موقعیت‌ها رفتارهایی داشته‌اند و کارهایی انجام می‌داده‌اند که مشکلات کنونی وجود نداشته‌اند، حال در فرایند جلسات درمان آموختند که هم اکنون نیز می‌توانند لحظات استثنائی بدون مشکل در زندگی شان را دوباره ایجاد نمایند. در مجموع جلسات درمانی راه حل محور به شرکت‌کنندگان کمک نمود تا خود برای مشکلات شخصی و روابط بین فردی خود راه حل‌های جدیدی پیدا کنند و با این احساس که خود قادر به کاهش مشکلاتشان هستند، عزت نفس و خود ارزشمندی آنها افزایش پیدا کند.

هر پژوهشی اگرچه در ماهیت به دنبال ارتباط بین عوامل و میزان تأثیر آن است. به هر حال در بطن خود یک مجموعه محدودیت‌هایی را خواهد داشت. این محدودیت‌ها ممکن است بر سر راه پژوهش ظاهر شده و امر پژوهش را دچار مشکلاتی نموده و تعمیم نتایج را با دشواری مواجه کنند. پژوهش حاضر نیز از چنین امری مستثنی نبوده و دارای محدودیت‌هایی به شرح زیر است: ۱- محدود کردن تحقیق فقط به مادران دانش‌آموزان مقطع ابتدایی آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران می‌باشد که اگر محدودیت زمانی و امکانات پژوهشگر اجازه می‌داد که در سطح مناطق و شهرهای دیگر اجراء می‌گردید بسیار مفید می‌نمود. ۲- نگرانی احتمالی شرکت‌کنندگان در مورد تأثیر یافته‌های پرسش‌نامه بر وضعیت زندگی ایشان، که کوشش شد با بی‌نام بودن پرسشنامه و توضیح در این زمینه از احتمال آن کاسته شود. ۳- به دلیل اجرای پژوهش فقط در یک منطقه شهر (منطقه ۳ تهران)، و تأثیر پذیری متغیرهای تحقیق، ممکن است با نتایج در شهرهای دیگر متفاوت قابلیت تعمیم را نداشته باشد. بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان بیان نمود که با توجه به ارتباط میان اثربخشی آموزش راه حل مدار بر کاهش تکانشگری، تاب‌آوری و بهزیستی اجتماعی مادران دانش‌آموزان مقطع ابتدایی آموزش و پرورش منطقه ۳ شهر تهران، برنامه‌هایی در زمینه آموزش کاهش تکانشگری، تاب‌آوری و بهزیستی اجتماعی مادران تدارک دیده شود. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به نظر می‌رسد تدوین برنامه‌های آموزشی برای آشنا ساختن والدین با سبک تعامل مناسب با فرزندان ضرورتی اساسی است که نیازمند توجه و حمایت همه جانبه مسئولان است. براین اساس پیشنهاد می‌شود آموزش و پرورش با برگزاری دوره‌های آموزشی روانشناسی مثبت‌نگر را به والدین آموزش دهد. مطمئناً برگزاری چنین دوره‌های آموزشی موجب افزایش سطح سلامت روانشناختی کودکان و رفتار آنان و سطح سلامت جامعه می‌شود.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان عزیز که بی‌دریغ و مسئولانه در این پژوهش، همراهی‌مان کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم. امید که یافته‌های مستخرج از چنین پژوهش‌هایی، در عمل، به حال‌شان مفید افتد.

منابع

- اختیاری، حامد، صفایی، هومن، اسماعیلی جاوید، غلامرضا، عاطف وحید، محمدکاظم، عدالتی، هانیه، و مکرری، آذرخش. (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاکرمن در تعیین رفتارهای مخاطره-جویانه و تکانشگری. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳(۱)، ۳۳۶-۳۲۶.
- اعتمادی، احمد، گیتی‌پسند، زهرا، و مرادی، میترا. (۱۴۰۲). اثر بخشی درمان گروهی راه‌حل‌مدار بر کاهش تعارضات مادر-دختر در مادران. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۴)، ۵۶۵-۵۹۰.
- بهبهانی، مریم، ذوالفقاری، مریم، و حبی، محمدباقر. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی راه حل محور بر بهبود الگوهای ارتباطی و کنترل عاطفی زوج‌های آشفته. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۴)، ۳۷-۱۸.
- حیدری، غلامحسین، و غنایی، زیبا. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۲(۷)، ۳۱-۴۰.
- رستمی، مهدی، سعادت، نادره، و یوسفی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه آموزش زوج درمانی هیجان‌مدار و راه‌حل‌مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی زوجین. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۸(۲)، ۲۲-۱.
- متصدی زرنندی، رضوان، و متصدی زرنندی، رویا. (۱۴۰۲). مقایسه پرخاشگری کودکان مادران شاغل دولتی شاغل آزاد و خانه دار. *پژوهشنامه مطالعات راهبردی در علوم انسانی و اسلامی*، ۴(۵۱)، ۱۳۷-۱۴۶.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. رساله دکتری روانشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- منتصرالدوله، نسترن، صادقی نژاد، صغری، قربان پور، احمد، سرگورابی، فرزانه، و فرجی، زکیه. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش تئوری انتخاب بر پرخاشگری مادران دانش‌آموزان. *ماهنامه پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۶(۵۸)، ۷۸-۸۹.
- نجاری، مسعود، جدیدی، هوشنگ، مرادی، امید، کریمی، کیومرث. (۱۴۰۰). مدل‌یابی علی‌سازگاری اجتماعی براساس هوش هیجانی، تاب‌آوری و تفکر انتقادی در میان دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۵)، ۱۴۹-۱۴۹.
- نعمتی، شهرزاد، مهدی‌پور مارالانی، فرناز. (۱۳۹۵). مدل‌یابی ساختاری سبک‌های دل‌بستگی به خدا، تاب‌آوری و سلامت‌روانی در والدین دارای کودکان نارسایی‌های رشدی و ذهنی. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۶(۲۲)، ۴۰-۲۶.
- Artelaris, P. (۲۰۱۷). Geographies of crisis in Greece: A social well-being approach. *Geoforum*, ۸۴ (۳), ۵۹-۶۹.
- Ayyash-Abdo, H., Sanchez-Ruiz, M.-J., & Barbari, M. L. (۲۰۱۶). Resiliency predicts academic performance of Lebanese adolescents over demographic variables and hope. *Learning and Individual Differences*, ۴۸(۴), ۹-۱۶. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.04.005>.
- Banwal, S., & Siddiqui, Z. U. (۲۰۲۲). Effect of Pranayama on premenstrual syndrome in the present scenario. *International Journal of Health Sciences*, ۲(۲), ۵۹۸۷-۵۹۹۹.
- Barrett, L. F. (۲۰۰۴). Feelings or Words? Understanding the Content in Self-Report Ratings of Experienced Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۸۷(۲), ۲۶۶-۲۸۱. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.2.266>
- Beyebach, M. (۲۰۱۴). Change factors in solution-focused brief therapy: A review of the Salamanca studies. *Journal of Systemic Therapies*, ۳۳(۱), ۶۲-۷۷.

- Chacko, V., Thomas, E., & Joseph, J. (۲۰۲۲). Maternal Perspectives on Parenting Adolescents: Insights from Kerala – India. *International Journal of Indian Psychology*, ۱۱(۳), ۳۴۲۹-۲۳۴۹. <https://doi.org/10.۲۵۲۱۵/۱۱۰۳.۳۰۱>.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (۲۰۰۳). Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, ۱۸(۲), ۷۶- ۸۲.
- Coventry, P. (۲۰۲۲). Occupational health and safety receptivity towards clinical innovations that can benefit workplace mental health programs: anxiety and hypnotherapy trends. *International journal of environmental research and public health*, ۱۹(۱۳), ۷۷۳۵-۷۷۴۳.
- Dameron, M. L. (۲۰۱۶). Person-centered counseling and solution-focused brief therapy: An integrative model for school counselors. *Journal of School Counseling*, ۱۴(۱۰), ۱- ۲۸.
- De Sahzer, S., Dolan, Y.M., Korman, H., Trepper, T.S., McCollum, E.E., & Berg, I.K. (۲۰۰۶). *more than miracles: The state of the art of solution focused therapy*. New York: Haworth Press.
- Deng, W., Liang, Q.Z., & Fan, P.H.(۲۰۱۹). Complements or substitutes? Configurational effects of entrepreneurial activities and institutional frameworks on social well-being. *Journal of Business Research*, ۹۶(۴), ۱۹۴-۲۰۵.
- Franklin, C., Bolton, K. W., & Guz, S. (۲۰۱۹). *Solution-focused brief family therapy*. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA handbooks in psychology®*. APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training (p. ۱۳۹-۱۵۲). American Psychological Association.
- Huan, C., Park, S., & Kang, J.(۲۰۲۱). Panic Buying: Modeling What Drives it and How it Deteriorates Emotional Well-being. *Family & Consumer Sciences*, ۵۰(۲), ۱۵۰-۱۶۴.
- Itriyeva, K.(۲۰۲۲). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, ۶(۱), ۱۰۱-۱۸۷.
- Keyes, C.L.M. (۱۹۹۸). *Social well-being*. *Social Psychology Quarterly*, ۶۱(۴), ۱۲۱- ۱۴۰.
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., & Dailey, N. S. (۲۰۲۰). Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-۱۹. *Psychiatry research*, ۲۹۰(۶), ۱۱۳۱- ۱۱۱۷. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>.
- Ko, S-H., Han, K., Lee, Y-h., Noh, J., Park, C-Y., Kim, D-J.(۲۰۱۸). Past and current status of adult type ۲ diabetes mellitus management in Korea: a national health insurance service database analysis. *Diabetes & metabolism journal*, ۴۲(۲), ۹۳-۱۰۰.
- Lee, J. E., Sudom, K. A., & Zamorski, M. A. (۲۰۲۳). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of Occupational Health Psychology*, ۱۸(۳), ۳۷- ۳۲۷.
- Lee, S. Y., Tung, H. H., Peng, L. N., Chen, L. K., Hsu, C. I., & Huang, Y. L. (۲۰۲۰). Resilience among older cardiovascular disease patients with probable sarcopenia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, ۸۶(۴), ۱۰۳۹-۱۰۴۹. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.10.۲۹۳۹>.
- Lertxundi, N., Molinuevo, A., Valvi, D., Gorostiaga, A., Balluerka, N., Shivappa, N., ... & Ibarluzea, J. (۲۰۲۲). Dietary inflammatory index of mothers during pregnancy and attention deficit-hyperactivity disorder symptoms in the child at preschool age: A prospective investigation in the INMA and RHEA cohorts. *European Child & Adolescent Psychiatry*, ۳۱(۴), ۶۱۵-۶۲۴.
- Makukh, K., Horodnych, O., & Nepyivoda, O. (۲۰۲۲). The management of premenstrual syndrome: results of a questionnaire survey of women in Lviv pharmacies, Ukraine. *ScienceRise: Pharmaceutical Science*. ۳(۳۷):۲۷-۳۳.
- Markin, K. V., Temniy, A. V., & Dnov, K.V. (۲۰۲۲). Efficacy of hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. A systematic review with meta-analysis. *Neurology Bulletin*, ۵۴(۲), ۴۴-۵۵.
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (۲۰۲۲). Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises. In: H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin. *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice*. (pp. ۱-۶۴). Madison: University of Wisconsin System.
- Mylant, M., Ide, B., Cuevas, E., & Meehan, M. (۲۰۰۲). Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilient? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, ۸(۲), ۵۷-۶۴.
- Nappi, R.E., Cucinella, L., Bosoni, D., Righi, A., Battista, F., Molinaro, P., Stincardini, G., Piccinino, M., Rossini, R., & Tiranini, L.(۲۰۲۲). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder as Centrally Based Disorders. *Endocrines*, ۱۶, ۳(۱), ۱۲۷-۳۸.
- Ni, M.Y., Yao, X.I., Cheung, F., Wu, J.T., Schooling, C.M., & Pang, H.(۲۰۲۰). Determinants of physical, mental and social well-being: a longitudinal environment-wide association study. *International Journal of Epidemiology*, ۴۹(۲), ۳۸۰-۳۹۹.

- Patterson, J. M. (۲۰۲۲). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, ۵۸(۳), ۲۳۳-۲۴۶.
- Samani, S., Jokar, B., & Sahragard, N. (۲۰۰۶) Resiliency, mental health and life satisfaction. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, ۲(۳), ۲۹۰-۲۹۵.(Persian).
- Sharpley, CF., Bitsika, V., Jesulola, E., Fitzpatrick, K., & Agnew, L. (۲۰۲۲). The association between aspects of Psychological Resilience and subtypes of Depression: Implications for focussed clinical treatment models. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, ۲(۳), ۱-۱۲.
- Singer, G. H., Maul, C., Wang, M., & Ethridge, B. L. (۲۰۲۱). Resilience in families of children with disabilities: Risk and protective factors. In J. M. Kauffman, D. P. Hallahan. In *Handbook of special education* (pp. ۶۵۴-۶۶۷). New York: Rutledge.
- Zahediasl, M., & Pelhvari, A.(۲۰۱۴). *Social Development & Welfare Planning*, ۶(۱۹), ۷۲-۱۰۷.