

Research Article

The effectiveness of Solution Focused Therapy on family functioning and resilience of mothers with slow-paced children

Authors

Mohsen Shakerinasab¹; Sakineh Yousefi²; Sara Mohammadalizadeh³; farzaneh Khodashahi⁴; Noushin Ghanbari⁵

1. PHD in Psychology Department, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran (Corresponding Author)

2. Master of Psychology Department, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Master of Psychology Department, Torbat Jam branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

4. Master of Psychology Department, Sabzevar Branch, Islamic Azad University, Sabzevar, Iran

5. Master of Counseling Department, Bojnourd University, Bojnourd, Iran.

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction:

The presence of intellectual disabilities, in addition to causing many problems for the child, also brings many challenges to the family members, especially the main caregiver of the child. Based on this, this research was conducted with the aim of determining the effectiveness of Solution Focused Therapy on family functioning and resilience of mothers with slow-walking children.

Method:

The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included mothers with slow-paced children at the Mashhad Rehabilitation Center in 2023, 30 of whom were selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups of 15: experimental and control. Data were collected using family functioning and resilience questionnaires. Initially, a pre-test was administered to both groups, and then the experimental group underwent solution-focused therapy for 8 90-minute sessions, once a week, while the control group did not receive any intervention and remained on the waiting list. After completing the sessions, a post-test was administered to both groups and the data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results:

The results showed that there was a significant difference between the mean post-test scores of family functioning and resilience in the experimental group after removing the pre-test effect, such that the mean post-test scores of the experimental group in the variables of family functioning and resilience were higher than those of the control group, and solution-focused therapy increased the score of family functioning and resilience in the experimental group in the post-test stage, compared to the control group, and solution-focused therapy was effective on family functioning and resilience of mothers with slow-paced children ($P < 0.001$).

Discussion and Conclusion:

In general, the results indicated that Solution Focused Therapy can be effective as an effective approach to improve family functioning and resilience. Based on this, it is suggested that Solution Focused Therapy be used by specialists in order to increase the psychological capabilities of mothers with slow-walking children

Keywords

Keywords:

Solution Focused Therapy, family functioning, resilience, slow-paced child

Corresponding Author's E-mail

shakerinasabmohsen@yahoo.com

Introduction

Slow-paced children are children who face neurodevelopmental disorders and have poor adaptive performance in conceptual, social, and practical fields, which usually begin during the developmental period [4]. The evidence shows that taking care of this

group of children has deep effects on the mother's mentality, so that this issue has a lot of negative effects on their performance in the family [7]. Sometimes, the mental pressure of mothers with a slow-paced child affects their psychological capacity to endure problems and reduces their level of resilience, which itself will have a negative effect on the functioning of the family[12]. Since improving resilience in mothers with mentally disabled children makes it possible for them to cope better with their child's disability and experience a lower level of tension and, accordingly, better overcome their maternal duties and responsibilities; Various educational and therapeutic approaches are used, and solution-oriented therapy is one of the therapeutic approaches[18]. This therapeutic approach is a model based on the client's competencies and instead of focusing on the problems and failures of the past, it focuses on the client's strengths and successes, and instead of pathology and etiology, it emphasizes on the desired performance of the individual, which can improve the level of psychological and behavioral performance of people. [20] Based on this, in this research, we seek to answer the question of whether solution-oriented treatment is effective on family functioning and resilience of mothers with slow-walking children.

Method

The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included 100 mothers with slow-paced children in the Mashhad Rehabilitation Center in the first half of 2023, of which 30 were selected by convenience sampling and randomly assigned to two groups of 15: experimental and control. The instruments used in this study included the Family Functioning (FAD) and Resilience (CD-RISC) questionnaires. For the experimental group, solution-focused therapy based on Grant's solution-focused therapy package [36] was implemented for 8 90-minute sessions, once a week, and the results were analyzed using multivariate analysis of covariance based on SPSS26 software.

Table 1. Description of solution-oriented treatment sessions [36]

sessions	Content
first session	Introduction, communicating with participants.
second session	Assessing the nature of the problem and the level of conflict, checking the level of the person's expectations, reframing.
third session	Examining assignments, reviewing old and usual solutions, formulating self-harm management circles
fourth session	Examining assignments, using deep breathing technique to deal with emotions, dialogue to control positive and negative emotions
fifth session	Helping clients to identify and express positive exceptions in their relationships, using rating questions.
sixth session	Using the miraculous question by the therapist
seventh session	Teaching how to use the important word "instead" to experience new
eighth session	Summing up and summarizing the contents.

Results

Descriptive indices of family functions and resilience in two experimental and control groups are presented in Table 2.

Table 2. Descriptive indices of research variables

Variables	test	experimental group		Control group	
		M	SD	M	SD
family performance	Pre-test	108.6	7.5	96.93	7.8
	Post-test	111.27	7.01	112.01	7.6
Resilience	Pre-test	82.20	2.6	81.24	2.5
	Post-test	88.13	2.5	82.60	2.8

Examining the assumptions of covariance analysis showed that the distribution of variables by groups is normal. Levine's test also showed the homogeneity of variances. The M. Box test also showed that the variance and covariance matrix were homogenous. The hypothesis of the regression slope was also fulfilled and the Wilks's Lambda test showed that the linear combination of the dependent variables has a significant difference between the groups ($\eta^2=0.92$, $P<0.001$, $F=6.87$, Wilks's Lambda=0.84).

Table 3. Results of analysis of covariance

Variables	Sources of change	sum of squares	df	mean square	F	Sign	Eta
family performance	Pre-test	486.063	1	486.063	51.121	0.000	0.784
	Group	689.466	1	689.466	80.640	0.000	0.832
	Error	117.251	26	8.440			
	Total	9568.000	30				
Resilience	Pre-test	40.175	1	40.175	39.55	0.065	0.209
	Group	184.434	1	184.434	18.164	0.001	0.548
	Error	152.304	26	10.154			
	Total	9679.000	30				

As the results of Table 3. show that the average post-test scores of the experimental group in the variables of family functioning and resilience are significantly higher than the control group, which shows that the solution-oriented treatment was effective on the family functioning and resilience of mothers with slow-walking children.

Conclusion

The findings showed that solution-focused therapy was effective in improving family functioning and resilience of mothers with slow-moving children. In explaining the effect of solution-focused therapy on mothers' functioning, it can be said that since solution-focused therapy seeks to discover exceptions in the clients' lives, it helps clients become aware of spontaneous memories of times when the problem, for whatever reason, did not occur or was less problematic, and by emphasizing the exceptions, they accept the life situation better, which improves their functioning in the family [30]. In explaining the effect of solution-focused therapy on resilience, it can be said that the solution-focused approach makes mothers solve problems when facing difficult life challenges, their ability to face problems increases, and their way of looking at problems changes, which has a positive effect on resilience [25].

Ethical Considerations

Informed consent was obtained from the subjects and two training sessions were held for the control group after the completion of the study.

Funding

This research has no financial sponsor

Authors' contribution

All authors have an equal share in this research

Conflict of interest

This research has no conflict of interest for the authors.

Acknowledgements

We would like to thank all the people who cooperated with the researchers in this study

نقد ایندویدر این نشریه

اثربخشی درمان راه حل محور بر عملکرد خانواده و تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته گام

نویسندگان

محسن شاکری نسب^{۱*}، سکینه یوسفی^۲، سارا محمدعلیزده^۳، فرزانه خدشاهی^۴، نوشین قنبری^۵

۱. دکتری تخصصی گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران ایمیل نویسنده:

ORCID: 0000-0002-8578-4048 shakerinasabmohsen@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران ایمیل نویسنده:

ORCID: 0009-0002-1751-4633 mahnaz.yousefi1975@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران ایمیل نویسنده:

ORCID: 0000-0001-7544-2223 sara.alizadeh.sma@gmail.com

۴. کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد سبزوار، دانشگاه آزاد اسلامی، سبزوار، ایران ایمیل نویسنده

ORCID: 0009-0004-1260-7085 khodashahifarzaneh@gmail.com

۵. کارشناسی ارشد گروه مشاوره، دانشگاه بجنورد، بجنورد ایران. ایمیل نویسنده

ORCID:0009-0002-5633-1223 nooshin.gh74@gmail.com

چکیده

مقدمه: وجود نقایص هو شی، علاوه بر اینکه می‌تواند مشکلات زیادی را برای خود کودک به دنبال داشته باشد، اعضای خانواده، بالأخص مراقب اصلی کودک را نیز با چالش‌های زیادی روبرو می‌نماید. بر همین اساس این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی درمان راه حل محور بر عملکرد خانواده و تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته گام انجام شده است.

تاریخ دریافت:

....../.../..

تاریخ پذیرش:

....../.../..

روش: پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مادران دارای کودک آهسته گام مرکز توان بخشی شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ بودند که ۳۰ نفر از آنها به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های عملکرد خانواده و تاب‌آوری بود. در ابتدا از هر دو گروه، پیش‌آزمون گرفته شد و سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته تحت درمان راه حل محور قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار باقی ماند. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون عملکرد خانواده و تاب‌آوری بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایشی تفاوت معنی‌داری ایجاد گردید به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای عملکرد خانواده و تاب‌آوری بیشتر از گروه کنترل شد و درمان راه حل محور موجب افزایش نمره عملکرد خانواده و تاب‌آوری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با گروه کنترل‌شده و درمان راه حل محور بر عملکرد خانواده و تاب‌آوری مادران دارای فرزند آهسته گام اثربخش بود ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طور کلی نتایج حاکی از آن بود که درمان راه حل محور می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد اثربخش بر بهبود عملکرد خانواده و تاب‌آوری مؤثر باشد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود درمان راه حل محور توسط متخصصان، به‌منظور افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی مادران دارای کودک آهسته گام مورد استفاده قرار گیرد



از دید آینه و در آینه نشسته

کم‌توانی ذهنی در کودکان یکی از مشکلاتی است که برخی با آن روبرو می‌گردند و معمولاً وجود این نقایص می‌تواند بر روی دیگر کارکردهای خانواده اثر سو داشته باشد [۱]. هرچند برخی از این آسیب‌های ذهنی در هنگام تولد یا مدتی پس از تولد تشخیص داده می‌شوند؛ اما برخی دیگر از این آسیب‌ها دیرتر قابل تشخیص است که کودکان آهسته گام^۱ یا مرزی در این گروه جای می‌گیرند [۲]. این گروه از کودکان معمولاً نسبت به سایر هم سن و سال‌های خود، قدرت درک و حل مسئله پایین‌تری دارند [۳]. کودکان آهسته گام یا مرزی به کودکانی گفته می‌شود که با اختلال رشدی عصبی روبه‌رو هستند و عملکرد انطباقی ضعیفی در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی دارند و با توجه به بهره هوشی ۸۰ تا ۹۰ درصدی در رده بالاتر از کودکان عقب مانده ذهنی طبقه بندی می‌شوند [۴]. هرچند در گذشته کودکان با ضریب هوشی ۸۰ تا ۹۰ به عنوان کودکان آهسته گام شناخته می‌شدند و پایین بودن ضریب هوشی ملاک لازم برای تشخیص بوده است؛ اما در حال حاضر لازمه تشخیص گذاری برای آهسته گام بودن، سطح عملکرد سازگارانه فرد در برخورد با موقعیت‌های حل مسئله می‌باشد و شاخص بهره هوشی پایین‌تر از متوسط برای تشخیص گذاری تا حد زیادی کمرنگ شده است [۵].

وجود نقایص هوشی، علاوه بر اینکه می‌تواند مشکلات زیادی را برای خود کودک به دنبال داشته باشد، اعضای خانواده، بالأخص مراقب اصلی کودک را نیز با چالش‌های زیادی روبرو می‌نماید [۶]. شواهد نشان می‌دهد نگهداری از این گروه از کودکان، تأثیرات عمیقی بر روحیات مادر خانواده دارد به‌طوری‌که برخی از این مادران، تحت فشار روانی زیادی قرار می‌گیرند و احساس اضطراب و افسردگی در آنان افزایش می‌یابد؛ که این موضوع بر روی عملکرد خانواده تأثیرات منفی زیادی می‌گذارد [۷]. وقتی یکی از اعضای خانواده به دلیل مشکلات بین فردی و فشار روانی حاکم نمی‌تواند وظایف خود را به‌درستی به انجام برساند، ساختار خانواده تحت تأثیر این موضوع دچار آسیب خواهد شد [۸]. هر یک از اعضای خانواده دارای کارکردهایی هستند که می‌تواند به بقا و دوام خانواده کمک کند و در صورت ایجاد خلل در این کارکردها، ممکن است عملکرد خانواده دچار تهدید شود [۹]. در میان عملکرد اعضای خانواده، دو کارکرد اساسی و تقلیل ناپذیر وجود دارد که اولی اجتماعی کردن و بعدی تثبیت تشخیص و هویت است و مادر خانواده بیش از دیگر اعضای خانواده می‌تواند در برآوردن آن نقش داشته باشد؛ چراکه هر دوی این کارکردها از آموزش اولیه خانواده و فعالیت‌های مرتبط با نقش اجتماعی مادر تأمین می‌شود [۱۰]. پر واضح است که اگر مادر به دلیل وجود مشکلات و فشارهای روانی مختلف نتواند عملکرد مرتبط با نقش خود را به‌خوبی ایفا نماید؛ کل اعضای خانواده با چالش‌های زیادی روبرو می‌شوند و مهم‌ترین کارکرد خانواده که پرورش نسل سالم و سلامت اجتماعی است با تهدید روبرو می‌شود و غفلت در آن بر همه ابعاد خانواده و اجتماع اثر می‌گذارد [۱۱]. عملکرد خانواده اشاره به توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل کردن تعارض‌ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول، با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است به همین دلیل مادر به عنوان کلیدی‌ترین عضو خانواده می‌تواند در خصوص بهبود عملکرد خانواده نقش داشته باشد [۷].

بعضاً فشار روانی مادران دارای کودک آهسته گام، بر ظرفیت روان‌شناختی آنان در تحمل مشکلات تأثیر گذارده و سطح تاب‌آوری آنان را کاهش می‌دهد که خود این مسئله نیز بر عملکرد خانواده اثر سو خواهد داشت [۱۲]. هرچند انسان‌ها از لحاظ شخصیتی باهم متفاوت هستند و تحمل مصائب و سختی‌ها در افراد متفاوت است؛ اما وجود مشکلاتی که به‌صورت طولانی‌مدت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بر روی سطح تاب‌آوری افراد اثر سو خواهد داشت [۱۳]. تاب‌آوری قدرت فرد را در روبرو شدن با شرایط ناگوار افزایش داده و توانایی فرد را در پذیرش مصائب ارتقا می‌دهد [۱۴]. تاب‌آوری به فرآیند بازگشت فرد به کارکرد عادی پس از یک رویداد استرس‌زا یا تجربه ناراحتی اطلاق می‌گردد که خصایصی همچون کفایت اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله، خودمختاری، هدفمندی و خوش‌بینی به آینده را افزایش داده و افراد را قادر می‌سازد تا با چالش‌های سخت زندگی و شرایط استرس‌آور کنار بیایند [۱۵]. مادرانی دارای فرزند با نقص ذهنی که از تاب‌آوری بالایی برخوردارند کمتر از مادران فاقد این توانمندی آسیب می‌بینند زیرا این گروه از مادران می‌توانند شرایط محیطی را بهتر تاب آورند و در برابر مشکلات قدرت تحمل بیشتری داشته باشند [۱۶]. شواهد نشان از آن دارد مادرانی که از سطح تاب‌آوری بالاتری برخوردار هستند؛ در پذیرش،

¹ slow-moving children

² family functioning

³ resilience

نگهداری و کنار آمدن با ناتوانی فرزند خود مشکل کمتری داشته و بهتر می‌توانند نیازهای فرزندشان را برآورده کنند، درحالی‌که مادران فاقد این مهارت، در تعامل با کودکان مشکلات بیشتری دارند [۱۷].

از آنجاکه ارتقای تاب‌آوری و بهبود عملکرد خانواده در مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی این امکان را فراهم می‌نماید تا بتوانند با ناتوانی فرزند خود بهتر کنار آمده و سطح تنش کمتری را تجربه کنند و به تبع آن بر وظایف و مسؤولیت‌های مادرانه خود بهتر فائق آیند؛ رویکردهای آموزشی و درمانی مختلفی به کار برده می‌شود که هر یک به‌نوعی بر افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی تأکید می‌نماید [۱۸]. درمان راه‌حل محور^۱ یکی از رویکردهای درمانی است که به نظر می‌رسد می‌تواند به‌صورت مستقیم و کوتاه‌مدت موجب ارتقای توانمندی‌های افراد گردد [۱۹]. این رویکرد درمانی یک الگوی مبتنی بر شایستگی‌های مراجع بوده و به‌جای تمرکز بر مشکلات و شکست‌های گذشته، بر نقاط قوت و موفقیت‌های مراجع تمرکز می‌نماید و به‌جای آسیب‌شناسی و علت‌شناسی بر عملکرد مطلوب فرد تأکید دارد که همین ساختار می‌تواند موجب ارتقای سطح عملکرد روان‌شناختی و رفتاری افراد گردد [۲۰]. این روش درمانی که به همت استیو دوشازر^۲ و اینسو کیم برگ^۳ در دهه ۱۹۸۰ ابداع شده است، بر نکات مثبت و امیدبخش تکیه داشته و نقاط قوت بیمار و احتمالات مثبت را مدنظر قرار می‌دهد تا فرد بتواند با استفاده از آن‌ها به‌سوی اهداف خود و آینده‌ای روشن پیش رود [۲۱]. باور به تغییر پایدار و تمایل بالای مراجعین به تغییر و همچنین متخصص دانستن مراجع از مهم‌ترین مفروضات رویکرد راه‌حل محور بوده که تمرکز بر آینده را جایگزین تأکید بر گذشته مراجعین می‌کند [۲۲]. با توجه به اینکه منابع و شرایط هر فرد به او امکان می‌دهد تا بتواند در مواجهه با هر نوع معضل و مشکلی بدون مقابله مستقیم، بر آن‌ها غلبه کند؛ درمانگر سعی می‌نماید تا به بیمار برای استخراج راه‌حل‌ها با توجه به شرایط موجود کمک نماید [۲۳].

با توجه به این‌که در رویکرد راه‌حل محور، بر نکات مثبت و توانمندی‌های مراجعین تأکید می‌گردد، به نظر می‌رسد استفاده از این روش درمانی می‌تواند موجب افزایش توانمندی‌های شناختی و کارکردهای رفتاری گردد؛ به طوری که شواهد نشان می‌دهد این رویکرد می‌تواند موجب افزایش ظرفیت‌های روان‌شناختی و ارتقای قدرت تحمل مشکلات در افراد گردد [۲۴]. همچنین آنجایی که این رویکرد بر افزایش توانمندی‌های حل مسئله تأکید می‌نماید، می‌تواند تا حدی موجب ارتقای توانایی افراد در تحمل مشکلات گردیده و عملکرد آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد [۲۵]. از طرفی در این روش درمانی ضمن تأکید بر حل مساله و کنکاش برای یافتن راه‌حل‌های مختلف، به تقویت توانمندی‌های شناختی و رفتاری افراد کمک می‌شود [۲۶]. شواهد دیگری نشان می‌دهد در رویکرد راه‌حل محور بر روی منابع و شرایط فعلی و امید به آینده تمرکز می‌شود که این موضوع به ارتقای سطح توانایی برای پذیرش بهتر سختی‌ها و اصلاح عملکردهای معیوب کمک می‌کند [۲۷ و ۲۸]. از طرفی شواهد دیگری نشان از آن داشته است که درمان راه‌حل محور می‌تواند بر بهبود روابط اعضای خانواده کمک کند و ضمن اصلاح کارکردهای ارتباطی معیوب، به بهبود عملکرد اعضا مدد رساند [۲۹ و ۳۰].

با توجه به این‌که افزایش تاب‌آوری و بهبود عملکرد خانواده در مادران دارای فرزند آهسته گام می‌تواند بر سلامت روانی و رفتاری آنان تأثیر مثبتی داشته باشد [۱۶]؛ و با توجه به اینکه ارتقای تاب‌آوری می‌تواند ضمن کاهش تنش روانی بر بهبود عملکرد خانواده تأثیر گذارد [۱۷]؛ تعیین تأثیر روش‌هایی که بتواند بر افزایش تاب‌آوری و بهبود عملکرد مادران دارای فرزند آهسته گام اثر گذارد، حائز اهمیت می‌باشد؛ چراکه رشد ظرفیت تاب‌آوری می‌تواند منجر به افزایش پذیرش، نگهداری و کنار آمدن با ناتوانی فرزند شده و به ارتقای اخلاق مراقبت مادرانه بیفزاید و افزایش مسولیت‌پذیری در ایفای نقش مادرانه سبب بهبود عملکرد خانواده شود [۷]. بر همین اساس تعیین روش‌هایی که به‌منظور افزایش تاب‌آوری و عملکرد خانواده به اجرا در آید بسیار پراهمیت خواهد بود؛ چراکه افزایش ظرفیت تاب‌آوری و بهبود عملکرد مادران به‌عنوان اصلی‌ترین عامل پرورش نسل، می‌تواند بر سلامت خانواده و به تبع آن سلامت جامعه مؤثر باشد. با توجه به این‌که پیشینه پژوهش نشان می‌دهد تاکنون پژوهشی که به‌منظور افزایش تاب‌آوری و عملکرد خانواده در کودکان آهسته گام انجام نشده است؛ و اکثر پژوهش‌های انجام‌شده بیشتر اثربخشی رویکردهای دیگر روان‌شناختی را بر روی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و یا جسمی انجام داده‌اند؛ و با توجه به اینکه کودکان آهسته گام در مرز عقب‌ماندگی قرار داشته و می‌توانند در صورت مراقبت‌های دلسوزانه مادران، به سطحی از رشد

¹ Solution Focused Therapy

² Steve de shazer

³ Insoo Kim Berg

شناختی و اجتماعی دست یابند؛ انجام پژوهش در این گروه از افراد و بر روی متغیرهای تاب‌آوری و عملکرد خانواده به‌عنوان یک خلا پژوهشی احساس شده و پژوهشگر را بر آن داشته تا به دنبال پاسخگویی به این سؤال برآید که آیا درمان راه‌حل محور بر عملکرد خانواده و تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته گام اثربخش است؟

روش

نوع پژوهش:

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری:

جامعه آماری شامل مادران دارای کودک آهسته گام مرکز توان‌بخشی شهر مشهد در شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ به تعداد ۱۰۰ نفر بودند.

ب) نمونه پژوهش:

نمونه موردنظر نیز تعداد ۳۰ نفر از این زنان بودند که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. طبق جدول کوهن [۳۱] و با در نظر گرفتن توان آماری ۸۴ درصد و اندازه اثر متوسط (۰/۵) و احتمال خطای ۰/۰۵، این تعداد به عنوان نمونه انتخاب گردید. در انتخاب اعضای نمونه، ملاک‌هایی همچون تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن، قرار داشتن در بازه سنی ۲۰-۴۵ سال، عدم وجود تعارض بین زوجین، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی مزمن و عدم شرکت هم‌زمان در مداخله دیگر لحاظ گردید. همچنین غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان و عدم تکمیل و یا مخدوش نمودن ابزارهای پژوهش نیز به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش:

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های ذیل است.

۱- پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD)^۱

این پرسشنامه یک ابزار ۶۰ سوالی است که توسط اپشتاین و همکاران^۲ [۳۲] با هدف توصیف بررسی کارکردهای خانواده ساخته شده است. این ابزار عملکرد فرد در خانواده را در ابعاد حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری را موردسنجش قرار داده و یک نمره کلی عملکرد خانواده را گزارش می‌نماید نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای بوده و به کاملاً موافقم نمره ۱، موافقم نمره ۲، مخالفم نمره ۳ و کاملاً مخالفم، نمره ۴ تعلق می‌گیرد و سؤالات (۱)، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴ و ۵۸) به‌صورت معکوس نمره داده می‌شود. از آنجاکه این پرسشنامه میزان نا سلامتی خانواده را می‌سنجد؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده عملکرد ضعیف‌تر خانواده و نمرات کمتر نشانه عملکرد سالم‌تر خانواده است. اپشتاین و همکاران [۳۲] همسانی درونی این ابزار را از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس‌های حل مساله ۰/۶۵، ارتباط ۰/۵۴، نقش‌ها ۰/۵۱، پاسخگویی عاطفی و آمیزش عاطفی ۰/۶۸ و کنترل رفتار ۰/۶۴ گزارش نموده‌اند و به منظور بررسی روایی محتوایی از نظر متخصصان استفاده شد که نتایج حاصل از توصیف داده‌ها نشان داد ۰/۷۰ گویه‌ها مناسب است. در این مطالعه نیز همسانی درونی ابزار در پژوهش زاده محمدی و ملک خسروی [۳۳] بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد. روایی سازه آن از طریق روش تحلیل عامل تأیید گردیده است و نشان از برازندگی مناسب این مقیاس دارد.

۲- پرسشنامه‌های تاب‌آوری (CD-RISC)^۳

^۱ McMaster Assessment Device

^۲Epstein, Baldwin & Bishop

^۳ Connor and Davidson's resiliency scale

این مقیاس توسط کانر و دیویدسون^۱ [۳۴] ساخته شده است و دارای ۲۵ گویه است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. این آزمون دارای ۵ عامل شامل تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است؛ و از مجموع نمرات این خرده مقیاس ها یک نمره کل به دست می آید. حد پایین نمره در این مقیاس ۲۵ و حد متوسط نمرات ۶۲/۵ و حد بالای نمرات ۱۲۵ است. نمره بین ۲۵ تا ۴۱ میزان تاب آوری پایین افراد را نشان می دهد؛ نمره بین ۴۱ تا ۸۳ میزان تاب آوری حد متوسط را نشان می دهد و نمره بالاتر از ۸۳ میزان تاب آوری بالایی را نشان می دهد کانر و دیویدسون [۳۴] پایایی ابزار را روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ گزارش نموده اند. و روایی آن را بر اساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر ۲۵ سؤال با بار عاملی بین ۰/۴۴ تا ۰/۱۹ درصد، دارای روایی سازه مطلوب و قابل قبول گزارش نموده اند. در ایران نیز پایایی این ابزار توسط حسینی و همکاران [۳۵] به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمده است. همچنین روایی این ابزار به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا در گروه های مختلف عادی و در معرض خطر احراز شده است.

شیوه انجام پژوهش:

پس از دریافت مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولین مرکز توان بخشی شهر مشهد، ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودک آهسته گام انتخاب شدند؛ و از بین آن ها ۳۰ نفر از مادرانی که دارای ملاک های ورود به پژوهش بودند به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شدند؛ طبق جدول کوهن [۳۱] و با در نظر گرفتن توان آماری ۸۴ درصد و اندازه اثر متوسط (۰/۵) و احتمال خطای ۰/۰۵، این تعداد به عنوان نمونه انتخاب گردید. آزمودنی های انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند؛ و در ادامه هر دو گروه به عنوان پیش آزمون نسبت به تکمیل پرسشنامه های کارکردهای خانواده و تاب آوری اقدام نمودند و از گروه آزمایش خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان راه حل محور بر اساس بسته درمان راه حل محور گرانت [۳۶] قرار گیرند. (این بسته مداخله در ایران توسط پور دل و ثمری صفا [۳۷] امکان سنجی شده است). در این مدت گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکرد و در پایان جلسات هر دو گروه، مجدداً با پس آزمون مورد سنجش قرار گرفتند و پرسشنامه مذکور را تکمیل نمودند و یافته ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از اتمام جلسات مداخله، جهت احترام به حقوق آزمودنی های گروه کنترل، ۳ جلسه درمان راه حل محور برای گروه آنان به اجرا در آمد. شرح مختصری از جلسات اجرایی برای گروه آزمایش به قرار ذیل است.

جدول (۱) شرح جلسات درمان راه حل محور [۳۶]

جلسات	محتوا
جلسه اول	معارفه، برقراری ارتباط با شرکت کنندگان، تشریح اهداف پژوهش.
جلسه دوم	ارزیابی ماهیت مسئله و میزان تعارض، بررسی میزان انتظارات فرد، چهارچوب دهی مجدد به مسئله، بازنگری مسئله با اصلاح شناختی، درجه بندی مسئله، ارائه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکالیف، بررسی راه حل های قدیمی و همیشگی، فرمول بندی حلقه های مدیریتی خودمحراری، تصور خلاصی از راه حل های قدیمی، بررسی رفتارهای به کار گرفته شده، مهار هیجانات و عواطف، ارائه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکالیف، استفاده از تکنیک تنفس عمیق در مقابله با هیجان، گفت و گو برای مهار هیجانات مثبت و منفی، استفاده از سؤالات راه حل محور، ارائه تکالیف خانگی.
جلسه پنجم	کمک به مراجعان برای شناسایی و بیان استثنائات مثبت در روابط خود، استفاده از پرسش های درجه بندی، تحسین و تمجید مراجعان از رفتارهای مثبت و چشم پوشی از رفتارهای منفی و نمره دهی به خود.
جلسه ششم	استفاده از پرسش معجزه آسا توسط درمانگر، آموزش به مراجعان که دریابند لحظات خوب و بد زاینده افکار و رفتار فرد هستند
جلسه هفتم	آموزش استفاده از واژه مهم «بجای» برای تجربه احساسات جدید، برجسته سازی پاسخ های نهفته.
جلسه هشتم	جمع بندی و تلخیص مطالب با همکاری مراجعان و نتیجه گیری.

¹ Connor & Davidson

² Grant

شیوه تحلیل داده‌ها:

نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره بر اساس نرم افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای دو گروه ۱۵ نفری انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه طرح‌واره درمانی ۳۳/۷۳ و ۴/۳۲ و در گروه کنترل ۳۲/۸۰ و ۴/۶۳ بود. همچنین دیگر اطلاعات دموگرافیک نشان می‌داد که در گروه آزمایش ۶ نفر دارای تحصیلات ابتدایی تا متوسطه، ۷ نفر دارای تحصیلات متوسطه تا دیپلم، ۲ نفر دارای تحصیلات دیپلم تا لیسانس و بالاتر بودند. و در گروه کنترل نیز ۶ نفر دارای تحصیلات ابتدایی تا متوسطه، ۸ نفر دارای تحصیلات متوسطه تا دیپلم، ۱ نفر دارای تحصیلات دیپلم تا لیسانس و بالاتر بودند. همچنین در گروه آزمایش ۵ آزمودنی دارای یک فرزند، ۴ آزمودنی دو فرزند و ۶ آزمودنی بیشتر از سه فرزند داشتند و در گروه کنترل نیز ۶ آزمودنی دارای یک فرزند، ۶ آزمودنی دو فرزند و ۳ آزمودنی بیشتر از سه فرزند داشتند. شاخص‌های توصیفی کارکردهای خانواده و تاب‌آوری در هر یک از دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی عملکرد خانواده و تاب‌آوری برحسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	آزمون	گروه آزمایش		کنترل	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
عملکرد خانواده	پیش‌آزمون	۱۰۸/۶۰	۷/۵	۹۶/۹۳	۷/۸
	پس‌آزمون	۱۱۱/۳۷	۷/۰۱	۱۱۲/۰۱	۷/۶
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۸۲/۲۰	۲/۶	۸۱/۲۴	۲/۵
	پس‌آزمون	۸۸/۱۳	۲/۵	۸۲/۶۰	۲/۸

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد پس‌آزمون عملکرد خانواده آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش میانگین کمتری نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل دارند و میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است؛ اما در گروه کنترل نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر چندانی نداشته است. (در پرسشنامه عملکرد خانواده، نمرات بالاتر نشان‌دهنده عملکرد ضعیف خانواده و نمرات کمتر نشانه عملکرد قوی خانواده است). همچنین میانگین نمره پس‌آزمون تاب‌آوری در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش بیشتر از آزمودنی‌های گروه کنترل است و در گروه‌های آزمایشی میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته است؛ اما در گروه کنترل نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر چندانی نداشته است.

بررسی مفروضات تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها نرمال است ($P > 0.05$). آزمون خطای استاندارد لوین نیز نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها بود ($P > 0.05$). آزمون ام.باکس نیز نشان داد که همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس محقق شده است ($F = 6.73, M = 21.72, P > 0.05$). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که میان متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار وجود دارد ($P < 0.001$). مفروضه شیب رگرسیون نیز محقق شد ($P > 0.05$). بررسی رابطه خطی متغیر کمکی و وابسته نیز نشان‌دهنده معناداری تفاوت‌ها برحسب پیش‌آزمون بود ($P < 0.001$). با توجه به محقق شدن مفروضات، در ادامه از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها تفاوت معنی‌دار دارد ($Wilks's\ Lambda = 0.84, F = 6.87, P < 0.001, \eta^2 = 0.92$). نتایج تحلیل تک متغیره در جدول ۳- ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
پیش‌آزمون		۴۸۶/۰۶۳	۱	۴۸۶/۰۶۳	۵۱/۱۲۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸۴
	گروه	۶۸۹/۴۶۶	۱	۶۸۹/۴۶۶	۸۰/۶۴۰	۰/۰۰۰	۰/۸۳۲

عملکرد خانواده	خطا	۱۱۷/۲۵۱	۲۶	۸/۴۴۰		
	کل	۹۵۶۸/۰۰۰	۳۰			
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۴۰/۱۷۵	۱	۴۰/۱۷۵	۳۹/۵۵	۰/۰۶۵
	گروه	۱۸۴/۴۳۴	۱	۱۸۴/۴۳۴	۱۸/۱۶۴	۰/۰۰۱
	خطا	۱۵۲/۳۰۴	۲۶	۱۰/۱۵۴		
	کل	۹۶۷۹/۰۰۰	۳۰			

همان‌طور که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون عملکرد خانواده ($F=۸۰/۶۴$, $P<۰/۰۱$, $\eta^2=۰/۸۳۲$) و تاب‌آوری ($F=۱۸/۱۶$, $P<۰/۰۱$, $\eta^2=۰/۵۴۸$) بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای عملکرد خانواده و تاب‌آوری به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است به عبارتی می‌توان گفت درمان راه‌حل محور به‌طور معنی‌داری موجب افزایش نمره عملکرد خانواده و تاب‌آوری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با گروه کنترل شده است که این نتایج نشان می‌دهد درمان راه‌حل محور بر عملکرد خانواده و تاب‌آوری مادران دارای فرزند آهسته‌گام اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان راه‌حل محور بر عملکرد خانواده و تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته‌گام بود؛ که یافته‌ها نشان داد درمان راه‌حل محور بر بهبود عملکرد خانواده و تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته‌گام اثربخش بوده است. این یافته پژوهش که نشان از تأثیر درمان راه‌حل محور بر عملکرد خانواده مادران دارای کودک آهسته‌گام داشت با پژوهش‌های فراهانی و همکاران [۲۸]، تورنس و همکاران [۲۹] و کیم و همکاران [۳۰] همسو است. همچنین بخش دیگری از یافته‌های این پژوهش که نشان از تأثیر درمان راه‌حل محور بر تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته‌گام داشت با یافته‌های پژوهش‌های فراهانی و همکاران [۲۵]، اسدی حسن‌وند و همکاران [۲۶]، وانگ و همکاران [۲۷] همسو است.

در تبیین تأثیر درمان راه‌حل محور بر عملکرد مادران دارای فرزند آهسته‌گام می‌توان این‌گونه عنوان داشت که وجود فرزند ناتوان می‌تواند به‌طور کلی بر عملکرد همه اعضای خانواده تأثیر گذارد و در این میان عملکرد مادر خانواده به دلیل تعامل بیشتر با فرزند و نقشی که در مراقبت و حمایت دارد، بیشتر دستخوش تغییر می‌گردد [۴]. از این‌رو چون درمان راه‌حل محور به دنبال کشف آرام استثنائات در زندگی مراجعین است، به مراجع کمک می‌شود تا نسبت به یادآوری خودانگیخته‌موقعی که مشکل، به هر دلیلی، رخ نداده و یا کمتر مسئله‌ساز بوده است هشیار گردد و با تأکید بر استثنائات، به پذیرش بهتر وضعیت زندگی خود دست یابد که همین مسئله می‌تواند عملکرد او را در خانواده بهبود بخشد [۳۰]. با توجه به اینکه در رویکرد راه‌حل محور بر استفاده از پرسش‌های درجه‌بندی تأکید می‌گردد، مراجع می‌تواند دید روشنی در خصوص خواسته خود کسب کند؛ چراکه این رویکرد حل مشکل را مسئله اصلی مراجع نمی‌داند و سعی دارد تا مراجع را بیشتر بر راه‌حل متمرکز نماید؛ بر همین اساس تغییر ذهنیت مراجع از حل مشکل به یافتن راه‌حل، می‌تواند عملکرد او را بهبود بخشد [۲۸]. همچنین چون رویکرد راه‌حل محور با استفاده از تکنیک‌هایی همچون سؤال معجزه به مراجع کمک می‌کند تا تصویری از آینده بدون مشکل را ترسیم نماید، این امکان برای او ایجاد می‌گردد تا در حداقل زمان ممکن، به هدفی که در نظر دارد، دست یابد و مسیر سریعی را برای دستیابی به راه‌حل‌های مناسب پیش گیرد که خود این تغییر جهان‌بینی، منجر به بهبود عملکرد او می‌گردد [۲۹]. یکی از پیش‌فرض‌های درمان راه‌حل محور این است که تغییر یک عضو از خانواده می‌تواند بر روی اعضای دیگر خانواده تأثیر گذارد و سیستم خانواده را تغییر دهد؛ به همین دلیل استفاده از تکنیک‌های این رویکرد ضمن ایجاد تغییراتی که در راه‌حل‌های مراجعین ایجاد می‌نماید، باعث می‌گردد تا بسیاری از مشکلاتی که در ارتباط با خانواده، نقش‌ها و عواطف اعضای خانواده وجود دارد، تغییر پیدا کند و عملکرد خانواده بهبود یابد [۳۰]. الگوری راه‌حل محور، دارای یک بعد شناختی اصیل است که شرایط را برای افزایش شناخت در مورد یادگیری مهارت‌های ارتباطی فراهم می‌نماید؛ به همین دلیل افراد فرا می‌گیرند تا انتقال و درک واضحی از محتوا و قصد پیام‌های بین فردی داشته باشند و سیستم ارتباطی خود را بر اساس این توانایی بازسازی کنند و نیازهای روانی یکدیگر را ارضا نموده و ارتباط را تداوم بخشند؛ که این موضوع بر ساختار خانواده

اثر مثبت داشته و ضمن روشن سازی مرزها، نقش‌ها و زیر منظومه‌ها به بهبود عملکرد اعضا خانواده منجر می‌شود [۲۸].

در تبیین تأثیر درمان راه حل محور بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند آهسته گام می‌توان این گونه عنوان داشت که فشار روانی حاکم بر خانواده که ناشی از نگهداری از کودک آهسته گام است می‌تواند بر وضعیت روان‌شناختی مادر خانواده به عنوان مراقب اصلی کودک اثر سو داشته باشد و به مرور سطح تاب‌آوری او را کاهش دهد چراکه نگهداری از این گروه از کودکان با چالش‌های زیادی همراه است که توان و استقامت مادر را تا حد زیادی کاهش می‌دهد [۱]؛ بر همین اساس از آنجاکه رویکرد راه حل محور باعث می‌گردد تا مادران در قبال چالش‌های سخت زندگی به مسئله‌گشایی بپردازند، توان مقابله با مشکلات در آن‌ها افزایش یافته و نوع نگاه آن‌ها به مسئله و مشکل تغییر کرده که همین موضوع بر روی تاب‌آوری آنان تأثیر مثبت خواهد داشت [۲۵]. در رویکرد راه حل محور به مراجعان کمک می‌شود تا تفکر و نگرش خود را در خصوص مشکلات زندگی تغییر دهند و ضمن نمایان کردن نقاط قوت و موفقیت‌هایشان، تمرکز را از مشکل به سمت راه‌حل‌های موجود هدایت کنند که این مسئله موجب ایجاد احساس توانمندی شده که بر میزان تحمل مشکلات و سطح تاب‌آوری آنان اثر مثبت می‌گذارد [۲۶]. از آنجایی که تکنیک‌های راه حل محوری حول کسب راه حل مشکل توسط مراجع می‌چرخد، موجب ارتقاء توانمندی آنان در مسئله‌گشایی و مقابله در چهارچوب رفتار حل مسئله می‌شود به همین دلیل چون افزایش تاب‌آوری نیاز به احساس توانمندی در مدیریت حل مسئله دارد، افزایش توانایی مراجع در تغییر نگرش از حل مشکل به جستجوی راه حل، افزایش تاب‌آوری را موجب می‌گردد [۲۷]. از آنجا که در درمان راه حل محور پرسش معجزه، تصور مراجع را اصلاح می‌کند و جریان گفتگو را به جهت راه حل می‌کشاند؛ تاکید از روی حل مشکل به سمت پذیرش مشکل و جستجوی راه حل پیش می‌رود، که این موضوع سطح توانایی افراد در تحمل مشکلات را افزایش داده و تاب‌آوری را رشد می‌دهد [۲۵]. همچنین چون پرسش از آینده ترجیحی در رویکرد راه حل محور این بینش را ایجاد می‌نماید که آینده تا حد زیادی به تلاش و پذیرش وابسته است، سطح تاب‌آوری فرد تحت تأثیر این تغییر بینش، افزایش می‌یابد. و چون پرسش مقیاسی که وضعیت فرد را در مداخله با حل مساله نشان می‌دهد باعث می‌گردد تا فرد خود را در مسیر تغییر قرار دهد و نقشه راه این تغییر، توسط فرد ترسیم گردد و پذیرش مشکل به دلیل قابل حل بودن آن افزایش یابد که این مسئله به رشد تاب‌آوری کمک می‌کند [۲۷].

درمجموع به نظر می‌رسد که تأثیرگذاری مثبت این رویکرد بر مادران مورد مطالعه، بیشتر به دلیل تغییر دیدگاه آنان از حل مشکل به یافتن راه حل بوده است که این امر باعث دست کشیدن از تلاش‌های بیهوده برای حل مشکل شده و دستیابی به راه‌حل‌های کاربردی برای بهبود وضعیت زندگی را موجب شده است و توانسته بر عملکرد آنان تأثیر گذارد و این بهبود عملکرد باعث افزایش احساس تاب‌آوری شده است. درواقع استفاده از تکنیک‌هایی همچون مقیاس درجه‌بندی موجب آگاهی از انتظار تغییر در مراجعین شده و سطح خواسته آنان در حل مشکل را مشخص نموده و تکنیک معجزه نیز موجب ارتقای آگاهی آنان از انتظاراتی شده است که از خود و زندگی داشته‌اند که همین موارد بر نوع نگاه آنان به مشکلات تأثیر گذارده و عملکرد آن‌ها را بهبود بخشیده و میزان تاب‌آوری آنان را رشد داده است.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

پژوهشگر در انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی روبرو بوده است، اول آن که شرکت مادران دارای کودک آهسته گام در جلسات به دلیل مشغله‌های زیادی که داشتند، مشکل بود و این موضوع باعث می‌شد تا زمان زیادی صرف ترغیب مادران جهت شرکت منظم در جلسات گردد. محدودیت دیگر این تحقیق، عدم پیگیری نتایج پژوهش بود که بهتر بود از جانب پژوهشگر مورد بررسی قرار می‌گرفت اما به دلیل عدم همکاری برخی از مادران امکان پیگیری فرام نشد. درنهایت بر اساس یافته‌های این پژوهش به عنوان پیشنهاد می‌توان این گونه عنوان داشت جهت بررسی تأثیر درمان راه حل محور بر عملکرد خانواده و تاب‌آوری مادران دارای فرزند آهسته گام، دوره‌های پیگیری نیز مدنظر قرار گیرد؛ و این برنامه در قالب طرح‌های تک آزمودنی نیز به کار گرفته شود. از جنبه کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود با توجه به تأثیر این رویکرد درمانی بر بهبود عملکرد خانواده و تاب‌آوری، برنامه‌ریزی کلی در خصوص معرفی این رویکرد به مشاوران و درمانگران اقدام گردد تا درمانگران بتوانند با بهره‌گیری از آن به افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی این مادران کمک کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

در جریان اجرای این پژوهش، رضایت آگاهانه مبنی بر شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها اخذ گردید. همچنین اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن رعایت گردید. در پایان پژوهش نیز پس از جمع‌آوری پس‌آزمون و اتمام جلسات مداخله، جهت احترام به حقوق آزمودنی‌ها، ۳ جلسه درمان راه حل محور برای گروه کنترل به اجرا درآمد. کد اخلاق پژوهش نیز به شماره IR.IAU. BOJNOURD.1401.015 اخذ گردید.

حامی مالی:

این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است

تقدیر و تشکر

در پایان لازم دیده شد از تمامی افرادی که در این مطالعه با پژوهشگران همکاری نمودند تشکر نمایم.

منابع

- disorders: *American Psychiatric Pub*; 2022.
6. Sadat Sidi M, Dastani M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychological capital and mental health of mothers of mentally disabled children. *Clinical psychology and personality*. 2023;21(2):1-12. [In Persian]. [10.22070/cpap.2023.17296.1319](https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17296.1319)
 7. Taheri F, Arjmandnia AA, Jamali Gharakhanlou Y. Effect of positive parenting program on Family Function in Parents having Children with Intellectual Disability. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2019;8(3):150-61. [In Persian]. [10.22037/JRM.2019.111523.2057](https://doi.org/10.22037/JRM.2019.111523.2057)
 8. Mandal J, Biswas S, Kumari M. Exploring the Prevalence of Psychological Distress And Burden Among Parents of Children of Mentally Retarded Children. *International Journal of Human Sciences, Engineering, Science and Management*. 2023;4(2):42-52. <https://doi.org/10.59364/ijhesm.v4i2.258>
 9. Van Riper M, Cosgrove B, Fleming L. Adaptation at the family level in families of individuals with Down syndrome: A scoping review. *Journal of Family Nursing*. 2023;29(4):324-47. <https://doi.org/10.1177/10748407231163236>
 10. Wang H, Xie X, Li Z, Xue L, Liao Q. Perceived Family Functioning of Adolescents with Affective Disorders: A Multicentric Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management*. 2024:2505-17.
 1. Polevoy G. Development of coordination abilities of mentally retarded children in physical education lessons. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2024;23(4):1219-26. <https://banglajol.info/index.php/BJMS/article/view/76552>
 2. Roohimotlagh Sh, Eftekharsoadi Z, Makvandi B, Hafezi F. The efficacy of Self-Compassion Focused Training (CFT) on psychological capital and Social well-being of mothers with Slow-paced child. *Women's research journal*. 2022;13(39):93-107. [In Persian]. [10.30465/WS.2021.34390.3191](https://doi.org/10.30465/WS.2021.34390.3191)
 3. Sukmawati I, Novianti E, Rahayu TT. Relationship Between Mother's Knowledge And Independence Medium Mentally Retarded Child. *Genius Midwifery Journal*. 2023;2(1):22-9. <https://doi.org/10.56359/genmj.v2i1.176>
 4. Saidi Maryam, Afrooz G A, Kashani Vahid L, Arjamandania, AA, Kakabraei K. Developing a Problem-Solving Training Program and Evaluating Its Effectiveness on Communication Interactions of Slow-Paced Students with Down syndrome. *Empowering exceptional children*. 2022;13(3):1-10. [In Persian]. [10.22034/CECIRANJ.2022.342037.1660](https://doi.org/10.22034/CECIRANJ.2022.342037.1660)
 5. Nemeroff CB, Schatzberg AF, Rasgon N, Strakowski SM. The American Psychiatric Association Publishing textbook of mood

17. Azad R, Aleyasin S A. (2023). Meaning of Life, Mothers of Mentally Retarded Children, Positive Psychotherapy, Psychological Well-Being, *Resilience*. *Rooyesh*. 12(5), 161-172. [In Persian]. [20.1001.1.2383353.1402.12.5.16.8](https://doi.org/10.2147/PRBM.S460961#d1e413)
18. Unvanli Y, Ilhan EL, Válková H. Examination of Resilience and Self-esteem Levels of Parents of Children With Disability. *Studia sportiva*. 2023;17(2):160-72. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=1216053>
19. Franklin C, Ding X, Kim J, Zhang A, Hai AH, Jones K, et al. Solution-Focused Brief Therapy in Community-Based Services: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *Research on Social Work Practice*. 2024;34(3):265-76. <https://doi.org/10.1177/10497315231162611>
20. Arslan Ü, Ulus İÇ. Solution Focused Brief Therapy Training. *Bartın University Journal of Faculty of Education*. 2020;9(1):1-12. <https://doi.org/10.14686/buefad.440625>
21. Ratner H, Yusuf D. Brief coaching with children and young people: A solution focused approach: *Routledge*; 2015. <https://doi.org/10.4324/9781315743684>
22. Žak AM, Pakrošnis R, Kuminskaya E. Research on the Solution-Focused Approach in 2022: A Scoping Review. *Journal of Solution Focused Practices*. 2023;7(1).
23. Cooper ZW, Mowbray O, Ali MK, Johnson LC. Addressing depression and comorbid health conditions through solution-focused brief therapy in an integrated care setting: a randomized clinical trial. *BMC Primary Care*. 2024;25(1):313. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02561-8>
24. Hamidpour R. Razaghi Khamene Sh. Bahari F. The effectiveness of solution-oriented treatment in a group way on the resilience of patients with multiple sclerosis. *National conference of modern researches of Iran and the world in* <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/PRBM.S460961#d1e413>
11. Wahyuni S. The Relationship between the role of parent and self-Esteem to acceptance parents with mentally retarded children in Extraordinary school Bf Mandara Kendari Indonesia. *Journal of health research and technology*. 2024;2(1):101-9. <https://e-journal.saku.co.id/index.php/JHRT/article/view/201>
12. Nik Kho F, Hosseini Qomi T. Prediction of mental health and resilience of mothers with mentally retarded children based on cognitive flexibility. *Empowering exceptional children*. 2021;12(1):12-20. [In Persian]. [10.22034/CECIRANJ.2021.261893.1506](https://doi.org/10.22034/CECIRANJ.2021.261893.1506)
13. Anggraini AA, Harianto MI, Putri SN, Sholikah N, Anto AHF, editors. Family Resilience In Households Of Children With Disabilities: A Comprehensive Analysis. *Proceedings of International Conference on Psychology, Mental Health, Religion, and Spirituality*; 2024. <https://doi.org/10.29080/pmhrs.v2i01.2194>
14. Halkiadakis PN, Mahajan S, Crosby DR, Badrinathan A, Ho VP. A prospective assessment of resilience in trauma patients using the Connor-Davidson Resilience Scale. *Surgery*. 2023;174(5):1249-54. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2023.07.012>
15. Golawari M. Khayatan F. The Effectiveness of Schema Therapy on The Ambiguity Tolerance and Resilience in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical psychology and personality*. 2023;20(1):125-138. [In Persian]. [10.22070/CPAP.2022.14025.1061](https://doi.org/10.22070/CPAP.2022.14025.1061)
16. Chobforuzzadeh A. Houshmand H. Khosravi Larijani M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Self-Confidence and Resilience of Mothers with Slow-Paced Student. *Journal of Applied Psychological Research*. 2023;14(3):83-103. [In Persian]. [10.22059/JAPR.2023.330494.644031](https://doi.org/10.22059/JAPR.2023.330494.644031)

- 2022;33(3):129-49.
<https://doi.org/10.1080/2692398X.2022.2045160>
31. Cohen N. Ariel T. Field research in conflict environments: Methodological challenges and snowball sampling. *Journal of peace research*. 2011; 48(4): 423-435.<https://doi.org/10.1177/00223433114056435>
32. NB E. The McMaster family assessment device. *J Marital Family Ther*. 1983;9:171-80. [1571980074860827904](https://doi.org/10.1571980074860827904)
33. Zadeh Mohammadi A. Malek Khosravi G. Preliminary investigation of psychometric properties and validation of the family functioning measurement scale (FAD) . *Journal of Family Studies*. 2006; 2(1): 14-29 [In Persian].
https://jfr.sbu.ac.ir/article_94896.html
34. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
<https://doi.org/10.1002/da.10113>
35. Hosseini A. Mohammadi H. Saadat Z. Examining the psychometric properties of the cognitive resilience scale in a sample of Iranian society. *Educational Measurement Quarterly*. 2020;11(42):125-50 [In Persian].
<https://doi.org/10.22054/jem.2021.57320.2113>
36. Grant AM. The solution-focused inventory: A tripartite taxonomy for teaching, measuring and conceptualising solution-focused approaches to coaching. *The Coaching Psychologist*. 2011;7(2):98-106.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=33059817eac2159b2e9c2d049555122360ece0dc#page=16>
37. Pouredel M, Samari Safa J. The Effectiveness of Solution-Based Therapy Training on Academic Excitement and Academic Vitality of Students with Low Academic Achievement. *Rooyesh*. 2021; 10(8):149-160. [In Persian].
<http://frooyesh.ir/article-1-2786-fa.html>
- psychology, educational sciences and social studies, 2018: Tehran. . [In Persian].
<https://www.sid.ir/paper/897219/fa>
- 25 . Farahani M, Hamidi Poor R, Heidari H. Effectiveness of Native Solution-focused Therapy based on Narrations of Mothers with Mentally Retarded Children on Their Resilience. *RBS* 2021; 18 (4) :503-509. [In Persian]. [10.52547/rbs.18.4.503](https://doi.org/10.52547/rbs.18.4.503)
26. Asadi Hasanvand A. Sudani M. Abbaspour Z. The effectiveness of solution-oriented therapy in a group way on reducing the aggression of abusive mothers. *Clinical psychology research and counseling*. 2018;7(2):90-104 [In Persian].
[10.22067/IJAP.V7I2.61207](https://doi.org/10.22067/IJAP.V7I2.61207)
27. Wang C-Y, Shen L, Shields J, Huang Q-C, Wu Y-J, Yin J-W, Zhao J-L. The Efficacy of an SFBT-Based Positive Psychology Intervention in Promoting University Students' Post-Traumatic Growth and Psychological Resilience After the COVID-19 Pandemic: A Quasi-Experiment. *Research on Social Work Practice*. 2024;10497315241229667.
<https://doi.org/10.1177/10497315241229667>
- 28 . Farahani M, Hamidi Poor R, Heidari H. Effectiveness of Native Solution-focused Therapy based on Narrations of Mothers with Mentally Retarded Children on Their Resilience. *RBS* 2021; 18 (4) :503-509. [In Persian]. [10.52547/rbs.18.4.503](https://doi.org/10.52547/rbs.18.4.503)
29. Turns BA, Dansby Olufowote R, Jordan SS, Chavez MS. A multiple case study examining the solution-focused brief therapy experiences of couples raising children with ASD. *International Journal of Systemic Therapy*. 2022;33(1):37-61.
<https://doi.org/10.1080/2692398X.2021.1999135>
30. Kim JS, Brook J, W. Liming K, Park IY, Akin BA, Franklin C. Randomized controlled trial study examining positive emotions and hope in solution-focused brief therapy with substance using parents involved in child welfare system. *International Journal of Systemic Therapy*.