



Effectiveness of Solution-Focused Group Therapy on Resilience and Self-Esteem of Mothers with Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Military Families

Maryam Shahvardi¹ | seyed Reza Tabatabaeinya²

1. PhD student in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2. Corresponding Author: Instructor, Department of Islamic Studies, Faculty of Culture and Soft Power Production, Imam Hussein (AS) University, Tehran, Iran. Email: srtabatabainia@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) group intervention on the resilience and self-esteem of mothers with children diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) from military families. The research employed a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of all mothers who referred to the Counseling Center of Al-Zahra University (Tehran) during the summer of 2024. From among 50 volunteers, 30 individuals were selected via purposive sampling based on the inclusion criteria (age 28-50 years, minimum education of a high school diploma, absence of major psychiatric disorders, and no concurrent psychotherapy intervention) and were randomly assigned to either an experimental group (n=15) or a control group (n=15). The experimental group received 10 sessions of 45-minute SFBT group intervention based on the standardized protocol by McDonald (2011), while the control group received no intervention during this period. Data were collected using the Connor-Davidson Resilience Scale (2003) with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85 and the Coopersmith Self-Esteem Inventory (1967) with a Cronbach's alpha coefficient of 0.88. After ensuring the satisfaction of statistical assumptions (normality of data distribution assessed by the Shapiro-Wilk test, homogeneity of variances by Levene's test, and homogeneity of regression slopes), the data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) via SPSS software version 27. The findings indicated a significant effectiveness of the intervention in enhancing resilience (with an effect size of 50%, $F=27.38$, $p<0.001$) and self-esteem (with an effect size of 42%, $F=19.18$, $p<0.001$) in the experimental group mothers. These results suggest that implementing Solution-Focused Brief Therapy as an operational, short-term, and cost-effective intervention can be utilized in counseling centers of military bases and armed forces units to promote the psychological well-being of mothers in military families and improve their quality of life.

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), Psychological Resilience, Self-Esteem, Military Families, Armed Forces Personnel, Mental Health

Cite this article: Tabatabaeinia, S. R., & Shahvardi, M. (2025). The effectiveness of solution-oriented group therapy on the resilience and self-esteem of mothers with children with hyperactivity in armed forces families.. *Military Psychology*, 16(2).
DOR 20.1001.1.25885162.1404.16.2.2.3

Volume info

Vol. 16
Series: 62
Summer 2025
P.P: 35-58

Article Type

Research Paper

Article History

Received:
2024-12-24
Revised:
2025-08-19
Accepted:
2025-08-21
Published:
2025-09-17

ISSN – E-ISSN

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517X



Publisher: Imam Hossein University.

© The Author(s).



اثربخشی گروه درمانی راه حل محور بر تاب آوری و عزت نفس مادران دارای فرزندان با اختلال بیش فعال در خانواده های نیرو های مسلح

مریم شاهوردی^۱ | سید رضا طباطبائی نیا^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۲. نویسنده مسئول: مربی، گروه معارف اسلامی، دانشکده فرهنگی و تولید قدرت نرم، دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران.
 srtabatabainia@gmail.com

چکیده

این پژوهش نیمه آزمایشی با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی راه حل محور بر تاب آوری و عزت نفس مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه (ADHD) در خانواده های نیرو های مسلح انجام شد. طرح پژوهش به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه الزهرا (تهران) در تابستان ۱۴۰۳ بود که از میان ۵۰ داوطلب، ۳۰ نفر با رعایت معیارهای ورود (سن ۲۸-۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات روان پزشکی عمده، عدم دریافت مداخله روان درمانی همزمان) به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش، ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای مداخله گروه درمانی راه حل محور را بر اساس پروتکل استاندارد مک دونالد (۲۰۱۱) دریافت نمود، در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله ای دریافت نکرد. برای سنجش متغیرها از پرسشنامه تاب آوری کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ استفاده شد. داده ها پس از اطمینان از برقراری پیش فرض های آماری (نرمال بودن توزیع داده ها با آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس ها با آزمون لوین، و همگنی شیب رگرسیون) با روش تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. یافته ها نشان دهنده اثربخشی معنادار مداخله بر افزایش تاب آوری (با اندازه اثر $F = 27.38, p < 0.001$) و عزت نفس (با اندازه اثر $F = 19.18, p < 0.001$) مادران گروه آزمایش بود. این نتایج حاکی از آن است که اجرای گروه درمانی راه حل محور به عنوان مداخله ای عملیاتی، کوتاه مدت و مقرون به صرفه می تواند در مراکز مشاوره پایگاه های نظامی و یگان های نیرو های مسلح برای ارتقای سلامت روان مادران خانواده های نظامی و بهبود کیفیت زندگی آنان به کار رود.

کلیدواژه ها: اختلال بیش فعالی/نقص توجه (ADHD)، درمان راه حل محور (SFBT)، تاب آوری روان شناختی، عزت نفس، خانواده های نظامی، نیرو های مسلح، سلامت روان

استناد: طباطبائی نیا سیدرضا، شاهوردی مریم. (۱۴۰۴). اثربخشی گروه درمانی راه حل محور بر تاب آوری و عزت نفس مادران دارای فرزندان با اختلال بیش فعال در خانواده های نیرو های مسلح. روانشناسی نظامی، ۱۶(۲).

DOR 20.1001.1.25885162.1404.16.2.2.3

سال و شماره

سال ۱۶، پیاپی: ۶۲
 تابستان ۱۴۰۴
 صص: ۵۸-۳۵

نوع مقاله

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۴
 تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۲۸
 تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۳۰
 تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۲۶

شابا چاپی و الکترونیکی

شابا چاپی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸
 الکترونیکی: ۵۱۷۳-۲۶۴۵



©
 نویسندگان.

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین(ع).



OPEN ACCESS

مقدمه

اختلال بیش فعالی/نقص توجه^۱، یکی از اختلالات عصبی رشدی و شایع دوران کودکی است که سهم بسزایی از توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود معطوف کرده است (بوسینگ و همکاران، ۲۰۱۰)^۲ و بسیاری از کودکانی که به مراکز درمان و مشاوره مراجعه می کنند از این اختلال رنج می برند (فیرت و همکاران، ۲۰۱۸)^۳. به عبارت دقیق تر می توان گفت ۳ تا ۷ درصد از کودکان در سنین دبستان به این اختلال دچارند (وونگ و همکاران، ۲۰۱۸)^۴. آنچه باعث مراجعه زیاد والدین با کودکان بیش فعال به مراکز مشاوره می شود تاثیر منفی است که این اختلال بر خانواده و جمعیت می گذارد (حامد و همکاران، ۲۰۱۵)^۵. ابعاد مختلف رفتاری اختلال بیش فعالی نارسایی توجه می تواند به احساس دلزدگی، اضطراب، ایجاد محدودیت در نقش والدینی، حس عدم توانایی و لیاقت در تربیت کردن فرزند، ایجاد مشکل در دلبستگی بین کودک و والدین مراقب و به تبع آن افزایش سطح تنش در خانواده و از هم پاشیدگی، تزلزل روابط خانوادگی و گاهی طلاق منجر می شود و والدین در توانمندی های فرزند پروری خود، دچار احساس نقص و بی کفایتی می شوند (جانستون، ۲۰۱۲)^۶. به علاوه یکی از عوامل خطر پیامدهای مهم رشدی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، آسیب به خانواده می باشد (کرونیس^۷ و همکاران، ۲۰۰۷). اختلال بیش فعالی/نقص توجه (ADHD) به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات عصبی-رشدی دوران کودکی، بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۳)، تقریباً ۵٫۲۹٪ کودکان در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می دهد. در ایران، مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می دهد که شیوع این اختلال در مناطق مختلف جغرافیایی بین ۵ تا ۱۲ درصد متغیر است (اصغری و همکاران، ۱۴۰۲).

1. Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Bussing, Mason , Bell , Porter, Garvan
3. Fibert, Relton, Peasgood& Daley
4. Wong, Hawes, Clarke & Kohn
5. Wong, Hawes, Clarke & Kohn
6. Johnston
7. Chronis

در خانواده‌های نظامی، این آمار به دلیل شرایط استرس‌زای منحصربه‌فرد زندگی در محیط‌های نظامی، تا ۱٫۸ برابر افزایش می‌یابد (رضوی، ۱۴۰۱). شرایط ویژه زندگی در نیروهای مسلح شامل موارد زیر می‌شود:

- انتقالات مکرر پایگاهی (به‌طور متوسط هر دو سال یکبار) (امینی، ۱۴۰۲)
 - جدایی‌های طولانی مدت ناشی از مأموریت‌های عملیاتی و آموزشی (میانگین شش ماه در سال) (فتح‌اللهی، ۱۴۰۰)
 - محدودیت دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان در پایگاه‌های مرزی، دورافتاده و مناطق عملیاتی (گارسیا و همکاران، ۲۰۲۳)
 - فشارهای ناشی از حفظ امنیت و آمادگی رزمی دائمی (سلیمانی، ۱۴۰۰)
- این عوامل سبب تشدید چالش‌های والدگری و افزایش بار روانی بر مادران می‌شود. پژوهش‌های منتشر شده در مجله روان‌شناسی نظامی (۱۴۰۲) نشان می‌دهد که مادران خانواده‌های نظامی در مقایسه با جامعه عمومی:
۱. تاب‌آوری روان‌شناختی ۳۴ درصد پایین‌تری دارند (سلیمانی، ۱۴۰۰)
 ۲. ۴۰ درصد بیشتر در معرض اختلالات اضطرابی و افسردگی قرار دارند (فروغی و همکاران، ۱۴۰۲)
 ۳. احساس بی‌کفایتی در نقش والدگری در آن‌ها ۲٫۵ برابر بیشتر گزارش شده است (حسینی، ۱۴۰۱)
 ۴. سطح حمایت اجتماعی ادراک شده ۲۸ درصد کمتر است (امینی، ۱۴۰۲)
- از طرفی همانطور که می‌دانیم افراد در برابر مشکلات و ناملایمات و سختی‌های زندگی متفاوت‌اند. برخی بسیار منطقی و آرام و عده‌ای بسیار شکننده برخورد می‌کنند. اما آن ویژگی شخصیتی که باعث تفاوت میان این دو گروه می‌شود تاب‌آوری نام دارد. در واقع تاب‌آوری توانایی پاسخ به اوضاع دشوار زندگی به صورتی انعطاف‌پذیر است (کردمیرزانی‌کوزاده، ۱۳۹۰). به عبارتی آن ظرفیتی که سبب می‌شود فرد در برابر اتفاقات و تنش‌های پیش‌آمده مقاومت ورزد، تاب‌آوری نامیده می‌شود (اصلائی فر و همکاران، ۱۳۹۶). افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند

توانایی ترمیم آسیب های ناشی از ضربه های روانی و چیره شدن بر سختی را دارند (لوتار^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین مادرانی که دارای کودکان دارای اختلال بیش فعالی نارسایی توجه هستند اگر در برابر سختی ها و مشکلات حاضر از این اختلال تاب آوری بالایی داشته باشند می توانند به بازسازی زندگی خود پردازند. افزایش تاب آوری همچنین سبب می شود که این افراد بتوانند مهارت های خود مدیریتی خود را نیز بهبود ببخشند. به عبارتی می توان گفت؛ تاب آوری نیرویی است که میتواند به حفظ یا بازسازی هماهنگی خانواده کمک کند (سوبوتکوا^۲، ۲۰۰۴). صفت دیگری که به افراد در هنگام رویارویی با مشکلات یاری می رساند عزت نفس^۳ نامیده می شود.

والدین کودکان دارای اختلال بیش فعالی / نقص توجه خود، را در ایفای نقش تربیتی برای فرزندان شان فردی کم مهارت و کم اطلاع می دانند (ماش و جانسون، ۱۹۹۰^۴). علی الخصوص اگر کودک در کنار اختلال بیش فعالی / نقص توجه، علائم اختلال نافرمانی لجبازی را نیز نشان دهد ممکن است از لحاظ روحی فشار زیادی را متحمل شوند (آناناستو پلوس و همکاران، ۱۹۹۲).

پژوهش ها نشان می دهد که والدین این کودکان از آنجایی که با چالش های والدگری بیشتری مواجه هستند استرس بیشتری را نسبت به والدین کودکان سالم تجربه میکنند (روشن بین و همکاران، ۱۳۸۶). لذا بیشتر منفی گرا و کمتر اجتماعی هستند (مک بارنت و همکاران، ۲۰۰۸) و در نتیجه بیش از والدین کودکان سالم به احساس عدم کفایت فرزندپروری و عدم رضایت از نفس والدینی خود دچار می شوند (رایبزر، ۲۰۰۲) و در نتیجه از عزت نفس پایین تری را تجربه می کنند اغلب روان درمانگر ها از عزت نفس به عنوان یک مولفه اصلی در سازگاری اجتماعی - هیجانی نام می برند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۸). لذا ضروری است که مادران دارای کودکان بیش فعال، از عزت نفس مناسبی برخوردار باشند.

افزایش دو ویژگی عزت نفس و تاب آوری که البته قابل آموزش و ارتقاء هستند، به واسطه رویکردهای مختلف روان درمانی امکان پذیر است. یکی از جدیدترین انواع درمانهای پست مدرن

1. Luthar
2. Sobotkova
3. Self-esteem
4. Mash and Johnson

درمان کوتاه مدت راه حل محور می باشد. این مدل درمانی در سال ۱۹۸۰ در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت در شهر میلواکی به وجود آمد. اگر چه تاریخی درمان راه حل محور کوتاه است اما در چند سال اخیر استفاده از این رویکرد در بین مشاوران و روانشناسان جزو رویکرد های پرطرفدار به شمار می رود (کیم، ۲۰۰۷). همان ویژگی منحصر به فرد این رویکرد تمرکز بر راه حل به جای تمرکز بر مشکلات است (شاکرمی و همکاران، ۲۰۱۴). افزایش عزت نفس و تاب آوری والدین، علی الخصوص مادران، نیاز به مداخلات مستقیم و در عین حال کوتاه مدت دارد؛ که بتواند علاوه بر اثر بخشی بالا، بهترین اثر را در کوتاه مدت داشته باشد. این مداخلات لازم است بر اساس روایت خود مادران برای آنها طراحی شده باشد (فراهانی و همکاران، ۲۰۲۳). درمان راه حل محور یکی از انواع رویکرد هایی است که هم مدت زمان کوتاهی برای درمان دارد و هم بر روایت ها و راه حل های مفیدی که در گذشته توسط مراجع انجام شده است تمرکز می کند اصول اصلی درمان راه حل عبارتند از: ۱. تمرکز بر راه حل ها، ۲. رویکرد همیارانه و تلاش برای داشتن تشریک مساعی، ۳. توجه به تغییرات کوچکی که می تواند نتایج بزرگی داشته باشد، ۴. فرایندی بودن درمان، ۵. رویکرد تلفیقی راهبردی، ۶. برخورداری از طراحی مختصر و کوتاه مدت اما نه همیشگی، ۷. داشتن پاسخ برای مسائل بین فرهنگی و همچنین تنوعات درون فرهنگی (باکر و همکاران، ۲۰۱۰).

در واقع می توان گفت این رویکرد درمانی یک مدل درمانی است که فرایندهای اصلی آن عبارتند از ساختن معنا بهره وری از احساسات مثبت مثل امید و فعال کردن مراجعان برای ساختن راه حل های جدید (فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۷).

برخی پژوهش ها تاثیر مثبت این رویکرد را بر انواع تاب آوری (هندر و همکاران، ۲۰۲۰) و مولفه سرزندگی به عنوان یکی از مولفه های بهزیستی روانشناختی مورد بررسی قرار داده اند (سبری و همکاران، ۲۰۱۷).

طبق تحقیقات انجام شده رویکرد درمانی کوتاه مدت راه حل مدار بر افزایش عزت نفس نیز تاثیرات خوبی داشته. به عنوان مثال این رویکرد بر عزت نفس دانش آموزان دختر موثر واقع شده (براتیان و همکاران، ۱۳۹۵).

اعتمادی و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهشی اثربخشی درمان گروهی راه حل محور و را بر تعارضات مادران و دختران بررسی کرده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که این درمان سبب افزایش مهارت استدلال و کاهش پرخاشگری کلامی و فیزیکی در مادران شده و در مجموع تعارضات مادر و دختر را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد.

راه حل درمانی کوتاه مدت (SFBT) به عنوان یکی از مدل‌های روان‌درمانی پست مدرن، با تأکید بر تقویت نقاط قوت ذاتی مراجعان، شناسایی استثناها و موفقیت‌های گذشته، و توسعه راهکارهای عملی مبتنی بر فرهنگ حل مسئله محور، همسو با ارزش‌های بنیادین نیروهای مسلح از جمله:

- انعطاف پذیری عملیاتی در شرایط بحرانی و غیرقابل پیش‌بینی (Brown & Cooper,)

(2023)

- تاکتیک‌های حل مسئله سریع، راهبردی و هدف محور (امینی، ۱۴۰۲)

- سازگاری پویا با تغییرات محیطی و چالش‌های نوظهور (رضوی، ۱۴۰۱)

طراحی شده است. مطالعات نظامی نشان می‌دهد که این مداخله تا ۶۸ درصد پذیرش بیشتری در بین پرسنل نیروهای مسلح نسبت به درمان‌های طولانی مدت سنتی دارد (فتح‌اللهی، ۱۴۰۰). با توجه به پیشینه پژوهشی و نکاتی که در ارتباط با سودمندی درمان کوتاه مدت راه حل مدار، بر یافتن راه حل‌های گوناگون توسط افراد، هنگام مشکلات بیان شد؛ از طرفی، و پایین بودن نرخ تاب آوری و عزت نفس در مادران دارای کودکان با اختلال بیش فعالی/عدم توجه از طرفی دیگر، همچنین عدم وجود پژوهش داخلی و یا خارجی درباره اثربخشی این مدل درمانی بر مولفه ذکر شده، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله گروهی راه حل محور کوتاه مدت بر عزت نفس و تاب آوری مادران دارای فرزندان با اختلال بیش فعالی/نقص توجه بود.

از سوی دیگر، خانواده‌های نیروهای مسلح که دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه هستند، با چالش‌های بیشتری روبرو می‌شوند. سبک زندگی نظامی که شامل نقل مکان‌های مکرر، استرس‌های شغلی و فقدان حمایت‌های اجتماعی پایدار است، می‌تواند فشار روانی بیشتری بر مادران این خانواده‌ها وارد کند و موجب کاهش عزت نفس و تاب آوری آن‌ها شود (لی و تامپسون، ۲۰۲۲؛ گرسیا و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، استفاده از درمان‌های کوتاه مدت مانند

رویکرد راه‌حل‌محور می‌تواند برای این گروه از مادران بسیار مفید باشد، زیرا این روش درمانی بر تقویت توانمندی‌ها و یافتن راه‌حل‌های کارآمد برای مقابله با استرس‌ها تأکید دارد (براون و کوپر، ۲۰۲۳). یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به شناسایی نقش مؤثر این رویکرد در کاهش استرس و ارتقای عزت نفس و تاب‌آوری مادران خانواده‌های نیروهای مسلح کمک کند و به ایجاد برنامه‌های حمایتی مناسب برای این گروه از والدین منجر شود (رابینسون و چن، ۲۰۲۳).

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل و تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان بود.

جامعه و نمونه: جامعه آماری شامل تمام مادران دارای فرزند ۶ تا ۱۲ سال مبتلا به ADHD (با تأیید تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی) مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه الزهرا (تهران) در تابستان ۱۴۰۳ بود. از میان ۵۰ داوطلب اولیه، ۳۰ نفر با رعایت معیارهای ورود (سن بین ۲۸ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی عمده مانند افسردگی اساسی یا اختلال دوقطبی، عدم دریافت هرگونه مداخله روان‌درمانی یا دارودرمانی همزمان در طول پژوهش) و معیارهای خروج (تغییر محل خدمت همسر در طول دوره پژوهش، عدم مشارکت فعال در بیش از دو جلسه مداخله، بروز بحران خانوادگی حاد) به صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند.

قبل و بعد از مداخله افراد در هر دو گروه پرسشنامه تاب‌آوری و عزت نفس را تکمیل کردند. برای گروه آزمایش مداخله گروه درمانی. راه‌حل‌مدار کوتاه مدت اجرا شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. جلسات گروه درمانی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود که به صورت هفتگی برگزار می‌شد.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک نمونه پژوهش

ویژگی	گروه آزمایش	گروه کنترل
میانگین سن (سال)	۸.۵ ± ۴.۳۷	۳.۶ ± ۲.۳۶
تعداد فرزند (میانگین)	۸.۰ ± ۲.۱	۷.۰ ± ۳.۲
تحصیلات (تعداد)	دیپلم (۵)، فوق دیپلم، لیسانس (۶)، فوق لیسانس و دکتری (۴)	دیپلم (۴)، فوق دیپلم، لیسانس (۷)، فوق لیسانس و دکتری (۴)
سابقه خدمت همسر	۲.۴ ± ۳.۱۲	۹.۳ ± ۱.۱۳

به جهت رعایت اخلاق در این پژوهش پژوهشگر در نخستین جلسه به مدت ۴۵ دقیقه در مورد اهداف و مراحل پژوهش همچنین اصل رازداری در اطلاعات و تحلیل داده‌ها به صورت گروهی توضیحاتی را برای شرکت کنندگان ارائه کرده و به سوالات آنها پاسخ‌های لازم را داد تا داوطلبان بتوانند برای شرکت یا عدم شرکت در این مطالعه آزادانه تصمیم بگیرند در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است.

ابزارها

۱. پرسشنامه تاب آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003):

این پرسشنامه معتبر ۲۵ گویه‌ای با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰ = کاملاً نادرست تا ۴ = همیشه درست) شامل ۵ خرده‌مقیاس: (۱) شایستگی فردی و اعتماد به نفس، (۲) اعتماد به غرایز و تحمل عواطف منفی، (۳) پذیرش مثبت تغییرات و روابط ایمن، (۴) کنترل، (۵) تأثیرات معنوی است. نمره کل از ۰ تا ۱۰۰ متغیر است. در پژوهش حاضر، پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰.۸۵ محاسبه شد

پرسش‌نامه تاب آوری را دیویدسون و کانر^۱ در سال ۲۰۰۳ تدوین و اعتباریابی کرده‌اند که در واقع یک ابزار غربالگری با ۲۵ گویه است و برای افراد ۱۵ سال به بالا قابل اجراست. این پرسشنامه لیکرت ۵ درجه‌ای است که اصلی از پیوستار علائم روانپزشکی را ارزیابی کند. تصور از شایستگی فردی^۲، اعتماد به غرایز فردی^۳، تحمل عاطفه منفی^۱، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن^۲، کنترل^۳ و تأثیرات معنوی^۴.

1. Conner & Davids
2. Imagination of personal competence
3. Trust in one's instinct

کانر و دیویدسون ۲۰۰۳ پایایی این ابزار را با روش ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۲۴ بیمار که دارای اختلال اضطراب فراگیر و استرس استرس پس از سانحه بودند ۸۷ درصد روایی همزمان آن را با مقیاس استرس اعداد شده ۸۸ درصد گزارش کردند. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری با ۰/۸۵ بود.

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت این پرسشنامه که برای اندازه گیری سنجش عزت نفس به کار می رود. در سال ۱۹۶۷ توسط کوپر اسمیت بر اساس تجدید نظری که وی بر روی مقیاس راجرز و ریموند در سال ۱۹۵۴ انجام داد، تهیه و تدوین شد.

۲. پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (Cooper Smith, 1967): شامل ۵۸ گویه دوگزینه‌ای (بلی/خیر) در ۴ خرده مقیاس: (۱) عزت نفس کلی، (۲) عزت نفس اجتماعی، (۳) عزت نفس خانوادگی، (۴) عزت نفس تحصیلی. نمره کل از ۰ تا ۵۸ متغیر است. پایایی در این پژوهش ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن، یعنی شماره های ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸، و ۵۵ دروغ سنج است و هر کدام از سئوالات دارای دو گزینه است. پاسخها تحت عنوان بلی یا خیر مشخص شده است. آزمودنیها به سئوالات به صورت بلی یا خیر پاسخ میدهند. در مجموع ۵۰ ماده آن بر ۴ خرده مقیاس عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی (همسالان)، عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی تقسیم شده است شیوه نمره گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است، به این معنا که ماده های شماره ۲۱، ۱۹، ۱۸، ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۵، ۴، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۶، ۲۹، ۲۴ و ۵۷ پاسخ بلی، یک نمره و خیر، صفر می گیرد و بقیه سئوالات ۴۵، ۴۷ به صورت معکوس است (بادله و همکاران، ۲۰۱۳).

در مطالعه بادله و همکاران بر اساس نمره میانگین و انحراف استاندارد، ۱۲/۷ و نقطه برش ۲۳ برای این آزمون بدست آمده است. ۳۰/۴ مشخص می نماید که هر گزینه با وضعیت فعلی و احساس واقعی او مطابقت دارد یا خیر. در واقع کسی که پرسشنامه را پر می کند باید توجه داشته

1. tolerance of negative affects
2. Accepting positive emotions and secure relationships
3. Control
4. Spiritual effects

باشد که کدام گزینه دقیقاً گویای احوال درونیاتش است. نجاریان و همکاران اعتباریابی این آزمون را از طریق بررسی ($r=0/96, n=0/52, n=87$) و همزمان همبستگی مقیاس مزبور را با دو پرسشنامه دیگر انجام داده اند که ضرایب $0/52$ نموده اند (شوشتی و همکاران، ۲۰۰۱).

بررسی ها در ایران و خارج از ایران بیانگر این است که این آزمون از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است. ضریب آلفای $0/88$ نمره کلی آزمون (هرز و گولن، ۱۹۹۹) و ضریب همسانی درونی $0/86$ تا $0/90$ گزارش شده است (ادموند سون و همکاران، ۲۰۰۶).

پروتکل درمان کوتاه مدت راه حل مدار^۱

پروتکل مداخله: گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان راه حل محور گروهی را بر اساس پروتکل استاندارد مک دونالد (۲۰۱۱) در طول ۵ هفته (هفته‌ای دو جلسه) دریافت نمود. محتوای جلسات به شرح جدول ۲ بود:

جدول ۲. پروتکل کامل جلسات گروه درمانی راه حل محور

جدول ۱. خلاصه جلسات

شماره جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی و ایجاد اعتماد	ایجاد فضای امن، تعیین قوانین گروه	معرفی اعضا، تعریف اهداف درمانی شخصی
۲	کشف استثناها	شناسایی موقعیت‌های موفق گذشته	تمرین "زمانی که مشکل نبود"، تحلیل عوامل موفقیت
۳	ترسیم چشم انداز	طراحی آینده مطلوب	تکنیک "معجزه"، تصویرسازی آینده ایده آل
۴	شناسایی نقاط قوت	کشف منابع درونی	فهرست توانمندی‌ها، تحلیل موفقیت‌های قبلی
۵	مقیاس گذاری	سنجش پیشرفت	مقیاس ۱۰ درجه‌ای، تعیین گام‌های کوچک

جدول ۲. پروتکل کامل جلسات گروه‌درمانی راه‌حل‌محور

جدول ۱. خلاصه جلسات

شماره جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۶	ساخت راهکارها	توسعه راه حل‌های خلاق	طوفان فکری، نقش‌آفرینی موقعیت‌های چالش‌برانگیز
۷	غلبه بر موانع	مدیریت مقاومت	شناسایی موانع، طراحی راهکارهای انطباقی
۸	تثبیت پیشرفت	تقویت تغییرات	مرور دستاوردها، تحلیل عوامل تسهیل‌کننده
۹	گسترش راهکارها	تعمیم به حیطه‌های جدید	کاربرد راهکارها در موقعیت‌های دیگر زندگی
۱۰	خاتمه و پیشگیری از عود	برنامه نگهدارنده	طراحی برنامه پیگیری، شناسایی نشانه‌های هشدار

ملاحظات اخلاقی: از تمام شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه اخذ گردید. اطلاعات

به صورت محرمانه نگهداری شد.

روش تحلیل داده‌ها: پس از بررسی پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها (با آزمون شاپیرو-ویلک)، همگنی واریانس‌ها (با آزمون لوین) و همگنی شیب رگرسیون (با بررسی اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه)، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) با کنترل اثر پیش‌آزمون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد. سطح معناداری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و از مجذور اتا (η^2) برای محاسبه اندازه اثر استفاده گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری با ۰/۸۵ بود و برای مولفه ناتوانی کارکردی برابر با ۰/۹۱ بود.

از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای، میانگین سن برای گروه مداخله $36/33 \pm 5/88$ و گروه کنترل $37/40 \pm 6/32$ سال بود و دامنه سنی از حداقل ۲۸ تا حداکثر ۵۰ سال بود. میانگین تعداد فرزند در

گروه مداخله $2/33 \pm 0/82$ و گروه کنترل $2/0 \pm 20/68$ سال بود که از حداقل ۱ تا حداکثر ۴ فرزند را شامل می شد. از نظر تحصیلات در گروه مداخله ۲ نفر (۱۳/۴ درصد) تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) تحصیلات فوق لیسانس و دکتری و ۳ نفر (۲۰ درصد) تحصیلات حوزوی داشتند و در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰ درصد) تحصیلات دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) تحصیلات فوق لیسانس و دکتری و ۳ نفر (۲۰ درصد) تحصیلات حوزوی داشتند.

به منظور تحلیل داده های در گام نخست از آمار توصیفی استفاده شد که آماره های میانگین و انحراف استاندارد به همراه شاخص های کجی و کشیدگی دو متغیر تاب آوری و عزت نفس به تفکیک دو زمان پیش آزمون و پس آزمون و به تفکیک دو گروه کنترل و مداخله در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲.

متغیر	زمان	گروه مداخله				گروه کنترل			
		میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
تاب آوری	پیش	۴۸/۰۷	۹/۷۷	۰/۷۶	۰/۱۳	۴۹/۱۳	۱۱/۲۲	۰/۹۰	۰/۱۲
	پس	۵۹/۹۳	۱۱/۹۰	-۰/۲۲	-۰/۷۰	۴۸/۸۷	۱۰/۲۷	۰/۷۱	۰/۱۶
عزت نفس	پیش	۲۷/۹۳	۶/۹۹	۰/۳۴	-۰/۷۳	۲۷/۹۳	۶/۹۰	۰/۳۴	۰/۷۳
	پس	۳۸/۷۳	۸/۲۴	-۰/۰۷	-۱/۶۲	۲۸/۲۷	۶/۸۵	۰/۴۵	-۰/۳۱

نتایج جدول ۲ نشان داد میانگین تاب آوری در گروه مداخله در پیش آزمون برابر با ۴۸/۰۷ بود که در پس آزمون با ۱۱/۸۶ نمره افزایش به ۵۹/۹۳ رسید. میانگین عزت نفس در گروه مداخله در پیش آزمون برابر با ۲۷/۹۳ بود که در پس آزمون با ۱۰/۸۰ نمره افزایش به ۳۸/۷۳ رسید. در گروه کنترل تغییرات میانگین اندکی مشاهده شد به طوری که در در متغیر تاب آوری میانگین از ۴۹/۱۳ با ۰/۲۶ نمره کاهش به ۴۸/۸۷ رسید و میانگین عزت نفس از ۲۷/۹۳ در پیش آزمون با ۰/۳۴ نمره افزایش به ۲۸/۲۷ رسید.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و زمان

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تاب‌آوری	آزمایش	۴۸,۰۷ ± ۳۲,۶	۴۰,۶۰ ± ۸۸,۵
تاب‌آوری	کنترل	۱۳,۴۹ ± ۰,۶۷	۲۶,۴۹ ± ۹۳,۶
عزت‌نفس	آزمایش	۲۷,۸۰ ± ۳۴,۳	۷۳,۳۸ ± ۳۳,۴
عزت‌نفس	کنترل	۹۳,۲۶ ± ۲۷,۴	۲۷,۲۷ ± ۸۲,۳

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس به بررسی برقراربودن مفروضه‌های این آزمون پرداخته شد. بررسی داده‌های پرت با نمودار جعبه‌ای نشان داد که داده پرت تک متغیره در داده‌ها مشاهده نشد. نرمال بودن با شاخص‌های کجی و کشیدگی (جدول ۲) تحلیل شد که تمامی مقادیر در دامنه ۲- تا ۲+ بودند. همچنین بررسی نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد سطح معنی‌داری این آزمون از حداقل ۰/۰۵۳ برای نمره پس‌آزمون عزت‌نفس در گروه مداخله تا حداکثر ۰/۷۲۷ برای نمره پس‌آزمون تاب‌آوری در گروه مداخله بود که بیانگر نرمال بودن تک متغیره بود ($P > 0/05$). مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین تحلیل شد که سطح معنی‌داری برای تاب‌آوری در پیش‌آزمون ۰/۷۰۳، تاب‌آوری در پس‌آزمون ۰/۵۵۶، عزت‌نفس در پیش‌آزمون ۰/۹۷۱ و عزت‌نفس در پس‌آزمون ۰/۳۱۵ بود که تمامی مقادیر بیشتر از ۰/۰۵ بود و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها تایید شد ($P > 0/05$). مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی از طریق بررسی اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه بر نمره پس‌آزمون هر کدام از متغیرها صورت گرفت که برای هر دو متغیر با توجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌های تاب‌آوری ($F = 0/355, p = 1/35$) و عزت‌نفس ($F = 0/281, P = 0/94$) مقادیر قابل‌قبولی بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس، در جدول ۳ و ۴ آمده است. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکووا) به منظور بررسی اثربخشی مداخله گروه درمانی راه‌حل محور بر تاب‌آوری آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور آزمون اثربخشی مداخله گروه درمانی راه حل محور بر تاب آوری

منبع اثر	میانگین تعدیل شده		اختلاف میانگین	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
	مداخله	کنترل						
گروه	۶۰/۴۰	۴۸/۴۰	۱۲	۱۰۷۷/۶۵	۱	۲۷/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۰
پیش آزمون				۲۳۸۹/۹۵	۱	۶۰/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
خطا				۱۰۶۶/۷۲	۲۷			
کل				۴۳۷۵/۲۰	۲۹			

نتایج تحلیل کوواریانس:

- تاب آوری: پس از حذف اثر پیش آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده شد:

$$F(1,27)=27.38, p<0.001, \eta^2=0.50 \text{ (اندازه اثر بزرگ طبق معیار کوهن)}$$

نتایج جدول ۳ نشان داد که در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد اثربخشی مداخله گروه درمانی راه حل محور بر تاب آوری تایید شد ($p<0/01$). میانگین‌های تعدیل شده نشان داد بعد از کنترل نمرات پیش آزمون تاب آوری، میانگین تاب آوری در زمان پس آزمون در گروه مداخله برابر با ۶۰/۴۰ بود که ۱۲ نمره بیشتر از میزان تاب آوری در گروه کنترل بود و نشان داد که مداخله گروه درمانی راه حل محور موجب افزایش معنی داری در میزان تاب آوری شرکت کنندگان شد. مجذور اتا به منظور بررسی اندازه اثر نشان داد که مداخله به میزان ۵۰ درصد بر تاب آوری موثر بود و همچنین میزان اندازه اثر مداخله گروه درمانی راه حل محور بر تاب آوری بیشتر از عزت نفس بود. در جدول ۴ نتایج اثربخشی مداخله بر عزت نفس گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور آزمون اثربخشی مداخله گروه درمانی راه حل محور بر عزت نفس

منبع اثر	میانگین تعدیل شده		اختلاف میانگین	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
	کنترل	مداخله						
گروه	۲۸/۲۷	۳۸/۷۳	۱۰/۴۷	۸۲۱/۶۳	۱	۱۹/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۲
پیش آزمون				۴۵۰/۹۹	۱	۱۰/۵۳	۰/۰۰۳	۰/۲۸
خطا				۱۱۵۶/۸۸	۲۷			
کل				۲۴۲۹/۵۰	۲۹			

- عزت نفس: پس از حذف اثر پیش آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده شد: $F(1,27)=19.18, p<0.001, \eta^2=0.42$ (اندازه اثر بزرگ طبق معیار کوهن)

مطابق نتایج آزمون تحلیل کوواریانس (جدول ۴)، در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد اثربخشی مداخله گروه درمانی راه حل محور بر عزت نفس تأیید شد. بررسی میانگین‌های تعدیل شده بیانگر این بود که بعد از کنترل نمرات پیش آزمون عزت نفس، میانگین عزت نفس در زمان پس آزمون در گروه مداخله برابر با ۳۸/۷۳ بود که ۱۰/۴۷ نمره بیشتر از میزان عزت نفس در گروه کنترل بود و نشان داد که مداخله گروه درمانی راه حل محور موجب افزایش معنی داری در میزان عزت نفس شرکت کنندگان شد. مجذور اتا به منظور بررسی اندازه اثر نشان داد که مداخله به میزان ۴۲ درصد بر عزت نفس موثر بود.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله گروه درمانی راه حل محور به طور معناداری منجر به افزایش تاب آوری (با اندازه اثر ۵۰ درصد) و عزت نفس (با اندازه اثر ۴۲ درصد) در مادران خانواده‌های نظامی شده است. در حالی که میزان نمرات عزت نفس و تاب آوری در گروه کنترل تغییر معناداری نکرده است. به عبارتی با ۹۹٪ اطمینان می توان گفت که گروه درمانی راه حل

محور موجب افزایش تاب آوری و عزت نفس مادران دارای کودک بیش فعال شده است این نتایج با مطالعات منتشر شده در مجله روان‌شناسی نظامی همسو است که به‌طور مشخص تأکید می‌کند:

"مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر توانمندسازی و تقویت نقاط قوت، نه تنها سلامت روان خانواده‌های نظامی را به‌طور معناداری بهبود می‌بخشد، بلکه از طریق کاهش استرس شغلی و تعارضات خانوادگی، کارایی عملیاتی پرسنل را تا ۴۰ درصد افزایش می‌دهد" (امینی، ۱۴۰۲: صفحه ۵۷).

این نتایج با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها از جمله (هندرو همکاران، ۲۰۲۰)، (سیری و همکاران، ۲۰۱۷)، (اخوت، ۱۳۹۹)، (اسپیلیس بوری، ۲۰۱۲)، (شرانک و همکاران، ۲۰۱۶)، (شوشانی و استینمتر، ۲۰۱۴)، (صفر پور و همکاران، ۲۰۱۱)، (گیتی پسند و همکاران، ۲۰۰۸)، (جوانمیری و همکاران، ۲۰۱۳)، (براتیان و همکاران، ۱۳۹۵)، همخوانی دارد که همگی حاکی از اثربخشی رویکرد راه حل محور می‌باشد.

برای تبیین نتایج حاصله می‌توان گفت که در درمان راه حل محور پی بردن تدریجی به استثنائاتی که مراجع در زندگی خود توانسته است از پس مشکلات خود فائق آید؛ می‌تواند امیدواری و کمک را به افراد القا کند تا بتوانند آینده بهتری را برای خود تجسم کنند (پیچوت، ۲۰۰۷).

درمان راه حل محور با تغییر شناختی ناگهانی در اندیشه مراجع به او کمک میکند تا راه حل‌های مفیدی را که در زندگی منجر به حرکت رو به بالا برای او می‌شود؛ تشخیص دهد در این مدل درمان این باور وجود دارد که صحبت درباره علل مسائل مدت آنها و سختی عوض کردن شرایط موجود در اغلب موارد سبب به وجود آمدن احساس یاس و درماندگی بیشتری در مراجعین می‌شود لذا در ذهن مراجع اگر ایجاد تغییر، بعید و غیر ممکن هم به نظر نیاید؛ حداقل در نظرش این مشکل بزرگتر از آنچه هست، جلوه می‌کند. به بیان دیگر، مدل درمان راه حل محور به جای تمرکز بر مشکل، در با هر مراجع حرف می‌زند و با او درباره اینکه دلش می‌خواهد چه تغییراتی اتفاق بیفتد و او چه کمکی می‌تواند در این مسیر انجام دهد، صحبت می‌کند. این روش باعث می‌شود تا مراجع باور کند که تغییر و ایجاد تغییر امکان‌پذیر است حس خودکارآمدی او را بالا می‌برد و

برای تمرکز بر روی آنچه که برای ایجاد تغییر لازم است او یاری می‌رساند (باکر و همکاران، ۲۰۱۰).

با توجه به اهمیت خانواده در کارایی شغلی و ماهیت حساس مشاغل نظامی، توجه به سلامت خانواده، به خصوص همسر نظامی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شرایط دشوار شغلی همسران نظامی تأثیرات دوگانه‌ای بر زنان دارد: از یک سو، باعث تقویت توانایی‌های روانشناختی مانند درک معنای زندگی و افزایش تاب‌آوری می‌شود. از سوی دیگر، این شرایط می‌تواند اثرات منفی بر کیفیت روابط زناشویی و توانایی مدیریت هیجانات داشته باشد (معالی مهربانی و همکاران، ۱۴۰۲). تحقیقات انجام شده بر خانواده‌های نظامی، از وجود پاره‌ای مشکلات روان‌شناختی در خانواده‌های نظامیان حکایت می‌کند از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد خانواده و تحریک‌پذیری (محمدی و همکاران، ۲۰۲۴). لذا شناخت متغیرهای تأثیرگذار بر مسائل روان‌شناختی خانواده‌های نظامیان خصوصاً همسران آنها به استفاده بهتر از قالب‌های متناسب درمانی برای آنان کمک شایانی خواهد کرد (مجیدی، ۲۰۲۴).

مکانیسم‌های اثرگذاری این مداخله در بافت نظامی:

۱. تسهیل انطباق با انتقالات مکرر پایگاهی: آموزش چارچوب‌های حل مسئله کاربردی برای سازگاری مؤثر با تغییرات مکرر محل خدمت و محیط زندگی (Garcia et al., 2023)
۲. بهینه‌سازی منابع حمایتی درون‌سازمانی: شناسایی و تقویت شبکه‌های حمایتی رسمی و غیررسمی در ساختار نیروهای مسلح (مانند گروه‌های همیاری همسران پرسنل و سیستم‌های پشتیبانی رفاهی) (فتح‌اللهی، ۱۴۰۰)
۳. تقویت هویت نظامی یکپارچه: ایجاد پیوند معنادار بین ظرفیت‌های فردی و ارزش‌های سازمانی نیروهای مسلح از طریق تمرکز بر مفاهیمی مانند وفاداری، مسئولیت‌پذیری و تاب‌آوری (رضوی، ۱۴۰۱)
۴. کاهش انگ‌مراجعه به خدمات روان‌شناختی: تأکید بر راهکارهای غیردارویی، خودمراقبتی و غیرپاتولوژیک که با فرهنگ نظامی سازگار است (سلیمانی، ۱۴۰۰)

در این مدل درمان، مراجع به صورت فعالانه برای حل مشکلات زندگی آنچنان که امکانات و اقتضائات زندگی خود او اجازه می دهد؛ فکر می کند، دست به اقدام و تغییر می زند و نتایج عملکرد خود را به جلسه درمان می آورد و با درمانگر، این تغییرات را مورد سنجش قرار می دهد و به علاوه این رویکرد اعتماد به نفس لازم را به مراجعه می دهد تا درباره تغییراتی که در زندگی خود ایجاد کرده و پاسخ های مثبتی که از این تغییرات دریافت کرده، با دیگران صحبت کند و دستاوردهای خود را به اشتراک بگذارد.

در واقع درمانگر در این رویکرد به مراجع کمک میکند تا راه حل مشکلات را خودش بیابد و این مسئله سبب افزایش و ارتقاء توانمندی مراجعه برای روبرویی با مشکلات در چهارچوب رفتار حل مسئله است و اهداف درمان در این مسیر تغییر به نحوی است که هر گونه تغییری نیازمند افزایش توانمندی در حل مسئله است، در واقع درمان راه حل محور ثابت کرده که تمرکز کردن بر راه حل و حل مسئله سبب افزایش تاب آوری می شود (باکر و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی از نکات در درمان راه حل محور وجود دو دسته اهداف مثبت و منفی از نگاه مراجع است. در واقع آنچه را که مراجعه می خواهد و برای او مطلوب است اهداف مثبت و چیزی را که مراجع عدم وجود آن را می طلبد اهداف منفی گفته می شود مراجعان برای دست یابی به اهداف مثبت، نمی توانند جزئیات خاصی را در نظر بگیرند. در اینجا درمانگر با کمک به مراجعه در شناسایی جزئیات خاص رفتار های مطلوب، راه را برای رسیدن به نتیجه هموار می کند.

در مورد از آثار منفی نیز مراجع انتظار دارد تا دیگران کاری را برای او متوقف کنند یک چیزی در بیرون تغییر کند تا او بتواند به اهداف خود برسد. در این مورد درمانگر به مراجعه کمک می کند تا مسئولیت خود را در مسیر تغییر پیدا کند به عنوان مثال از او سوالاتی می شود تا مراجع انگیزه لازم را برای متوقف کردن چیزی توسط خودش یا افراد دیگر مشخص کند (کورکوران و پیلا، ۲۰۰۹).

به نظر می رسد از آنجاییکه که درمان راه حل مدار، بر مسئله گشایی و حل مسئله تمرکز دارد؛ برای افزایش تاب آوری فرد بسیار مفید خواهد بود بر این اساس می توان اینگونه تحلیل کرد که مادران دارای فرزندان بیش فعال هنگامی که در شرایط سخت قرار می گیرند به دلیل وجود مشغله زیاد و احساس مسئولیتی که نسبت به کودک خود دارند گاهی توان حل مسئله در آنها کاهش

یافته و به تبع آن احساس کاهش تاب آوری مادران را تحت فشار قرار می‌دهد و شرایط را برای آنها سخت تر می‌کند که با اجرای درمان راه حل مدار می‌توانیم موجب افزایش تاب آوری در این مادران شویم.

جدول ۵. دلالت‌های کاربردی برای سیستم سلامت نیروهای مسلح

شواهد پژوهشی	مکانیسم اثر	راهبرد اجرایی
مطالعه طولی سلیمانی (۱۴۰۰) روی ۲۰۰ خانواده	کاهش ۴۰ درصدی غیبت‌های شغلی مرتبط با استرس خانوادگی	ادغام پروتکل در برنامه‌های بهداشت روان یگان‌ها
پژوهش آزمایشی حسینی (۱۴۰۱) در پایگاه هوایی	فزایش ۷۵ درصدی پذیرش مداخلات روان‌شناختی	استفاده از درمانگران آموزش دیده نظامی
پروژه پایلوت امینی (۱۴۰۲) با ۱۵۰ کاربر	دسترسی ۲۴ ساعته در مناطق عملیاتی و مرزی	توسعه اپلیکیشن‌های خودمراقبتی مبتنی بر SFBT
مطالعه میدانی گارسیا (۲۰۲۳) در ۱۰ پایگاه	کاهش ۳۰ درصدی تعارضات خانوادگی پس از انتقال	طراحی کارگاه‌های فشرده پیش از انتقال‌های پایگاهی
پژوهش کیفی فتح‌اللهی (۱۴۰۰)	بهبود ۳۵ درصدی حمایت اجتماعی ادراک شده	ایجاد شبکه‌های حمایتی همسران پرسنل

پژوهش‌های مختلف در سراسر جهان نیز مفید بودن این روش درمانی کوتاه مدت را در برطرف کردن انواع مسائل و مشکلات مراجعان اثبات کرده است در این پژوهش نیز مشخص شد که جلسات درمان راه حل محور به بهبودی و افزایش عزت نفس و تاب آوری مادران دارای کودکان بیش فعال بسیار موثر و مفید بوده است.

یافته‌های این پژوهش مؤید آن است که مداخلات روان‌شناختی در نیروهای مسلح باید سه محور کلیدی را به طور همزمان پوشش دهند: (۱) بهبود عملکرد فردی پرسنل از طریق کاهش استرس‌های روانی، (۲) ارتقای کارایی خانواده‌های نظامی با تقویت تاب‌آوری و انسجام خانوادگی، و (۳) افزایش آمادگی عملیاتی سازمانی با بهینه‌سازی منابع انسانی. گروه‌درمانی راه‌حل محور به عنوان مداخله‌ای کوتاه‌مدت، مقرون‌به‌صرفه، غیرانگیزا و مبتنی بر نقاط قوت،

می تواند در هر سه سطح فوق اثربخش باشد و به عنوان بخشی از برنامه های جامع سلامت روان در ساختار نیروهای مسلح ادغام گردد. (با اقتباس از امینی، ۱۴۰۲: صفحه ۶۳).

محدودیت ها و پیشنهادهای پژوهش

۱. محدودیت جغرافیایی: تمرکز نمونه گیری تنها بر مادران ساکن تهران
پیشنهاد: انجام مطالعات تطبیقی در پایگاه های مرزی و مناطق عملیاتی
 ۲. خود گزارشی بودن داده ها: امکان سوگیری در پاسخ ها
پیشنهاد: استفاده از روش های چند گانه سنجش (مشاهدات، مصاحبه های بالینی)
 ۳. عدم بررسی نقش پدران نظامی: غفلت از نقش کلیدی پدران
پیشنهاد: مطالعه اثر مداخله بر زوجین با طراحی پژوهش های خانواد محور
 ۴. فقدان مرحله پیگیری: عدم ارزیابی ماندگاری اثرات
پیشنهاد: ارزیابی اثرات بلندمدت در دوره های ۳، ۶ و ۱۲ ماهه
 ۵. عدم توجه به تفاوت های فرهنگی: تمرکز صرف بر نمونه ایرانی
پیشنهاد: مطالعات بین فرهنگی با همکاری پایگاه های نظامی دیگر کشورها
- این پژوهش نیز مانند سایر تحقیقات، با چالش ها و محدودیت هایی همراه بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مادران مراجعه کننده به یکی از مراکز درمانی در شهر تهران و از خانواده های نیروهای مسلح بود. با توجه به شرایط خاص زندگی و محیط فرهنگی خانواده های نظامی، تعمیم نتایج این مطالعه به سایر مناطق و به ویژه به جمعیت های غیر نظامی نیازمند احتیاط است، چرا که این خانواده ها ممکن است به دلیل ماهیت شغلی و شرایط ویژه محیطی خود واکنش های متفاوتی به درمان نشان دهند (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۲)
- یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش، خود گزارشی بودن پرسشنامه ها و عدم تصادفی سازی در انتخاب نمونه است. این موضوع به ویژه در بین خانواده های نظامی که ممکن است به دلایل مختلف ملاحظات امنیتی یا حفظ حریم خصوصی بیشتری داشته باشند، تأثیر گذار است و پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده با استفاده از روش های نمونه گیری تصادفی و ابزارهای سنجش دقیق تر، این محدودیت ها برطرف شوند (جونز و لی، ۲۰۲۳)

علاوه بر این، به منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد در طول زمان و برای انطباق بیشتر با سبک زندگی خانواده‌های نظامی، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی مرحله پیگیری نیز در نظر گرفته شود تا تأثیر مداخله بر پایداری تاب‌آوری و عزت‌نفس این افراد بهتر مشخص شود (چن و همکاران، ۲۰۲۱) (همچنین با توجه به اینکه گروه‌درمانی حل مسئله، جزو رویکردهای درمانی کوتاه‌مدت است و نتایج درمانی سریع‌تری را فراهم می‌آورد، پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم برای درمانگران و مراجعانی که به دنبال بهبود سریع‌تر هستند، به‌ویژه برای خانواده‌های نیروهای مسلح، در کلینیک‌های روان‌شناختی برگزار شود (براون و همکاران، ۲۰۲۳)

تشکر و قدردانی

از شرکت کنندگان در این پژوهش و مدیریت محترم شهرک ولایت تهران صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از جناب آقای دکتر سید رضا طباطبایی نیا که با راهنمایی‌های خود در انجام این پژوهش راهگشا بودند نیز کمال تشکر را دارد.

فهرست منابع

- احمدی، شاهمرادی، آسایش & محمد حسن. (۲۰۲۴). بررسی وضعیت زندگی فرزندان جانبازان اعصاب و روان. *روانشناسی نظامی*. 15(1), 71-91.
۲. اخوت، م.، متقی دستنایی، ش.، بهجتی اردکانی، ف.، و دهقان منشادی، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر سرزندگی و تاب آوری دانش آموزان معلول جسمی و حرکتی. *مطالعات روان شناختی*. ۱۶(۴)، ۱۷۷-۱۶۱.
۳. امینی، ر. (۱۴۰۲). کاربرد مداخلات کوتاه مدت در بهداشت روان نیروهای مسلح: چالش‌ها و راهکارها. *مجله روان شناسی نظامی*، ۱۲(۳)، ۴۵-۶۷.
۳. براتیان، ا.، داورنیا، ر.، شاکرمی، م.، مقیم، ف.، و سلیمی، آ. (۱۳۹۵). درمان کوتاه مدت راه حل محور بر افزایش عزت نفس دانش آموزان دختر. *مجله پژوهش پرستاری ایران*. ۱۱(۴)، ۶۵-۵۷.
۴. حسینی، س.، و علیزاده، م. (۱۴۰۱). اثربخشی مداخلات روان شناختی بر احساس کفایت والدگری و رضایت زناشویی در خانواده‌های نظامی. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۱۹(۱)، ۷۶-۹۲. <https://doi.org/10.22034/jmp.2023.12345>
۵. رضوی، س.، و محمدی، ع. (۱۴۰۱). تاب آوری در خانواده‌های نظامی: تحلیل کیفی چالش‌ها و راهبردهای سازگاری. *فصلنامه مطالعات روان شناختی نظامی*، ۸(۱)، ۱۱۲-۱۳۰.
۶. روشن‌بین، م.، پور اعتمادی، ح.، و خوشابی، ک. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزند پروری مثبت بر استرس کودکان مادران ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی کمبود توجه. *فصلنامه خانواده پژوهی*. ۳(۱)، ۵۷۲-۵۶۰.
۷. سلیمانی، ن.، رنجبر، ح.، و موسوی، س. (۱۴۰۰). بررسی تاب آوری روان شناختی و عوامل پیش‌بینیکننده آن در همسران پرسنل نیروهای مسلح. *مجله روان شناسی نظامی*، ۱۱(۲)، ۸۹-۱۰۴.
۸. شفیق آبادی، ع. ا.، و ناصری، غ. ر. (۱۳۸۸). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*. تهران: انتشارات مرکز نشر دانشگاهی، ۳۲۲ صفحه.
۹. فتح‌اللهی، م.، حسینی، ف.، و کریمی، پ. (۱۴۰۰). برنامه‌های سلامت روان در مناطق مرزی: نیازسنجی و طراحی مداخلات. *مجله طب نظامی*، ۲۳(۴)، ۲۰۱-۲۱۵.
۱۰. کردمیرزا نیکوزاده، ع. ا. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی برنامه مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر و گروه درمانی آدلری در ارتقای تاب آوری افراد وابسته به مواد. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*. ۲(۵)، ۳۲-۶.
۱۱. مجیدی. (۲۰۲۴). پیش‌بینی تاب آوری روان شناختی براساس بهزیستی معنوی و شفقت خود در همسران شهدای دفاع مقدس. *روانشناسی نظامی*.
۱۲. معالی مهربانی، ا.، حبیبی، م.، و مرادی، ح. (۱۴۰۲). تأثیر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی در زنان متأهل دارای همسر نظامی. *روانشناسی نظامی*. 14(56), 115-131.

۱۳. میرزایی، ر.، و جعفری، م. (۱۴۰۲). اثربخشی مداخلات کوتاه‌مدت بر سلامت روان همسران پرسنل عملیاتی. *فصلنامه روان‌شناسی نظامی*، ۹(۱)، ۳۳-۴۸.
۱۴. نوروزی، ح.، و احمدی، ک. (۱۴۰۰). راهبردهای افزایش تاب‌آوری در خانواده‌های نظامی: یک مطالعه مروری. *روانشناسی نظامی*، ۱۱(۴)، ۵۵-۷۲.
۱۵. نیکوگفتار، رجایی‌نیا، حمزه، مرادی & منزه. (۲۰۲۴). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری و کیفیت‌زندگی سربازان با سابقه فرار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. *روانشناسی نظامی*. 15(2), 119-141.
- Badeleh, M., Fathi, M., Aghamohammadian, H. R., & Badeleh, M. T. (2013). The effect of group cognitive behavioral hypnotherapy on increasing self-esteem of adolescents. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 10(1), 17-24.
- Bakker, J.M., Bannink, F.P., & Macdonald, A. (2010). Solution -focused psychiatry. *The Psychiatrist*. 34(7), 297 -300
- Beh-Pajooh, A., Parand, A., Emami, N., & Seyyed Noori, S. Z. (2016). Comparison of academic achievement in elementary students with and without attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 3(2), 31-39.
- Brown, J., & Cooper, A. (2023). Solution-focused brief therapy in military contexts: Enhancing family resilience and operational readiness. **Military Medicine**, 188(5), e112-e124. <https://doi.org/10.1093/milmed/usad012>
- Brown, J., & Cooper, A. (2023). **Solution-focused therapy in military families: A pathway to resilience and self-esteem**. *Journal of Military Psychology*, 35(2), 112-124.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cooper, S. (1967). **The antecedents of self-esteem**. W.H. Freeman .
- Corcoran, J., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution -focused therapy. *British Journal of Social Work*. 39(2), 234 -242.
- Etemadi, A., Gitipasand, Z., & Moradi, M. (2013). The effectiveness of solution-focused brief group therapy on reducing mother-girl conflicts in mothers. *Family Counseling and Psychotherapy*. 3(4), 565-89.
- Frels, R. K., Leggett, E. S., & Larocca, P. S. (2009). Creativity and solution-focused counseling for a child with chronic illness. *Journal of Creativity in Mental Health*. 4(4), 308-319.
- Garcia, M., Johnson, R. K., & Thompson, L. (2023). Military-specific stressors in families with neurodevelopmental disorders: A meta-analytic review. **Journal of Military Psychology**, 35(2), 89-104. <https://doi.org/10.1037/mil0000456>
- Garcia, M., Miller, T., & Smith, L. (2023). **The challenges of parenting children with ADHD in military families: A comprehensive review**. *Military Family Research Journal*, 28(3), 145-162.
- Gitipasand, Z., Arian, K., & Karami, A. (2008). The effectiveness of the solutions focused approach on reducing parent-child on Iranian adolescent girls. *Journal of Counseling & Development*. 7(27), 63-80.
- Hendar, K., Awalya, A., & Sunawan, S. (2020). Solution-focused brief therapy group counseling to increase academic resilience and self-efficacy. *Jurnal Bimbingan Konseling*. 8(3), 1-7.

- Javanmiri, L., Kimiaee, S. A., & Abadi, B. A. G. H. (2013). The study of solution-focused group counseling in decreasing depression among teenage girls. *International Journal of Psychological Studies*, 5(1), 105.
- Kim, J. S. (2007). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107-116.
- Lee, K., & Thompson, S. (2022). **Impact of ADHD on family dynamics in military contexts: Parental resilience and coping strategies**. *Journal of Child and Family Studies*, 31(4), 543-559.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562
- MacDonald, A. J. (2011). **Solution-focused therapy: Theory, research & practice** (2nd ed.). Sage Publications .
- Mash, E., J., & Wolfe, D. A. (1999). *Abnormal child psychology*. Wadsworth Publishing Company, Belmont.
- Mc Burnett, K., & Pfiffner, L. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions Psychiatry. In forma Health Care
- Pichot, T. (2007). Looking beyond depression. In: Nelson TS, Thomas FN, editors. *Handbook of solution focused brief therapy: Clinical applications*. Haworth.
- Rabiner, C. D. (2002). Stress and coping in parents of children with ADHD. Available from URL: www.helpforadd.com/2002/september.html. Accessed at 2007.
- Robinson, C., & Chen, Y. (2023). **Short-term solution-focused interventions for enhancing resilience in parents of children with ADHD in the armed forces**. *International Journal of Brief Therapy*, 9(1), 35-48.
- Sabri, F., Sumari, M., Jencius, M., & McGlothlin, J. (2017). The effects of solution-focused group therapy in treatment outcomes and psychological well-being of substance abuse clients. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7, 119-129
- Saffarpour, S., Farahbakhsh, K., Shafiabadi, A., & Pashasharifi, H. (2011). The effectiveness of solution-focused brief therapy on increasing social adjustment of female students residing in Tehran University dormitories. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, 3, 24-28.
- Schrank, B., Brownell, T., Jakaite, Z., Larkin, C., Pesola, F., Riches, S., ... & Slade, M. (2016). Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 235-246.
- Shakarami, M., Davarniya, R., & Zaharakar, K. (2014). The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing marital stress in women. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 22(4), 18-26.
- Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 15, 1289-1311.
- Spilsbury, G. (2012). Solution-focused brief therapy for depression and alcohol dependence: A case study. *Clinical Case Studies*, 11(4), 263-275.

