



Comparison of the effectiveness of reality therapy and solution-focused therapy on the quality of life of motherless girls

Raheleh Safavi¹ , Najmeh Hamid² , Seyed Esmaeil Hashemi³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, College of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: safavi.8990@gmail.com
2. Professor, Department of Psychology, College of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: n.hamid@scu.ac.ir
3. Professor, Department of Psychology, College of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: esmaeil@scu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 20 August 2025
Received in revised form
16 September 2025
Accepted 22 October
2025
Published Online 21
March 2026

Keywords:
reality therapy,
solution-focused therapy,
quality of life,
motherless girls

ABSTRACT

Background: Lack of access to a secure source, such as the primary caregiver, creates the ground for vulnerability to psychological disorders and decreased quality of life in individuals. Therefore, when access to the mother as the primary caregiver is not possible, training and employing psychological skills can help mitigate the psychological vulnerability of individuals and improve their quality of life.

Aims: This study aimed to compare the effectiveness of reality therapy and solution-focused therapy on the quality of life of motherless girls.

Methods: The research is applied in terms of its goal and is a quasi-experimental study in terms of method, conducted using a pre-test, post-test, and a 2-month follow-up design. The statistical population of this research consisted of all school-going girls without mothers in Tehran in the year 2023. The study sample consisted of 45 adolescent girls without mothers from Tehran, who were selected using convenience sampling and randomly assigned to three groups: reality therapy (15 participants), solution-focused training (15 participants), and a control group (15 participants). In this way, after obtaining the necessary permits, two areas were selected from the 22 districts of Tehran based on accessibility, and after preparing a list of female students without mothers, 45 individuals were selected according to the entry and exit criteria of the study. The experimental groups received reality therapy based on the training guidelines (Glasser, 2010) and solution-focused training based on the training guidelines (Pourdel, & Sodani., 2022), while the control group did not receive any intervention. The intervention group did not receive feedback. Data was collected using the Quality of Life Questionnaire (Ravens-Sieberer et al., 2008). The collected data were analyzed statistically using SPSS software version 28 and with the mixed ANOVA method with repeated measurements and Bonferroni post-hoc tests.

Results: The results of the mixed ANOVA analysis showed that reality therapy and solution-focused therapy are effective on the quality of life of girl adolescents without mothers ($P < 0.05$). Educational interventions after 2 months showed stability and consistency in the experimental groups. The results of the follow-up tests indicated that there was a difference between reality therapy and solution-focused therapy in terms of effectiveness on quality of life compared to the control group ($P < 0.05$). However, there was no difference in effectiveness on the quality of life between reality therapy and solution-focused therapy ($P > 0.05$).

Conclusion: Considering these results, the use of reality therapy and solution-focused therapy as evidence-based psychological interventions to improve the quality of life of adolescents who have lost their primary caregivers can significantly reduce their psychological vulnerability to mental disorders. Moreover, the earlier these interventions are carried out, the greater their impact will be in the future.

Citation: Safavi, R., Hamid, N., & Hashemi, S.E. (2026). Comparison of the effectiveness of reality therapy and solution-focused therapy on the quality of life of motherless girls. *Journal of Psychological Science*, 25(157), 1-21. [10.61186/jps.25.157.5](https://doi.org/10.61186/jps.25.157.5)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 157, 2026

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.25.157.5](https://doi.org/10.61186/jps.25.157.5)



✉ **Corresponding Author:** Najmeh Hamid, Professor, Department of Psychology, College of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

E-mail: n.hamid@scu.ac.ir, Tel: (+98) 9161187586

Extended Abstract

Introduction

The loss of a mother is a profound experience that shapes a daughter's emotional, psychological, and social development. Mothers play an essential role in nurturing, guiding, and supporting their children. When a daughter loses her mother—whether through death, abandonment, or estrangement—the effects can be long-lasting and deeply impactful. These effects can manifest in emotional struggles, identity challenges, and difficulties in relationships (Bowring et al., 2025). One of the most immediate and significant effects of growing up without a mother is the emotional toll it takes on a daughter. Mothers are often a primary source of comfort, providing reassurance during times of distress. Without this support, daughters may struggle with feelings of loneliness, abandonment, or a deep sense of longing. Studies have shown that motherless daughters are at a higher risk of experiencing depression, anxiety, and low self-esteem (Bowring et al., 2025). They may also have difficulty processing grief, particularly if they lose their mother at a young age before they fully understand the concept of death or separation (García Pérez et al., 2021; Bowring et al., 2025). Bowring et al. (2025) showed in a cross-sectional study aimed at the biopsychosocial impacts of mother loss on daughters in Australia the result of multiple regressions, we examined how mother and daughter's age at the time of death, daughter's levels of maternal and general attachment anxiety and avoidance, daughter's dependence on their mother prior to their death, daughter's provision of personal care to their mother prior to their death, and daughter's expectation of their mother's death were associated with biopsychosocial outcomes. Older, anxiously attached, dependent daughters who provided care and faced unexpected loss experienced poorer outcomes. General attachment anxiety was the strongest and most consistent predictor.

The concept of quality of life (QoL) is becoming increasingly relevant given its potential for evaluating outcomes of interventions and service delivery, as well as the possibility of finding a common language across disciplines. According to the World Health

Organization, QoL is considered as “the perception of an individual of his or her place in life within the cultural context and value system in which he or she lives and with respect to his or her goals, expectations, norms, and concerns (Cohn et al. 2020; Rodríguez-Grande et al., 2024). The construct of QoL is composed of objective and subjective dimensions, and includes aspects related to health, feelings of satisfaction and well-being that occur in relation to life experiences and circumstances. Quality of life is influenced positively or negatively by internal and external factors such as each person's perceptions regarding their life, cultural contexts, previous experiences, personal values, and aspirations, aspects that are difficult to measure (Cáceres-Manrique et al., 2018; Magakwe et al., 2024).

One of the influential interventions that has gained attention from researchers and therapists over the past few decades, focusing on four essential aspects: physiological states, behavioral, emotional, and action (behavior), for a better life is reality therapy (Olana et al., 2025). Reality Therapy holds clients responsible for their behavior rather than blaming their environment, parents, or culture (Wubbolding, 2017). Unlike many other treatments, Reality Therapy claims that the various behavioral issues that bring clients to therapy are a product of the inability to fulfill their essential human needs (Glasser, 2010). As a psychiatric resident in the 1960s, William Glasser (2010) became disillusioned with classical psychoanalytic treatment and began experimenting with a very different approach, which he called *Reality Therapy*. In Reality Therapy, “the helping person becomes both involved with and very real,” to the client, unlike conventional therapists, who are taught to remain objective and impersonal (Glasser, 2010).

At that time, clinical psychology assumed a client's neuroses arose out of unrealistically high moral standards. Glasser, on the other hand, argued that “human beings get into emotional binds, not because their standards are too high, but because their performance has been, and is, too low” (Glasser, 2010). One of Reality Therapy's greatest strengths is that it can be used with any group, from war veterans to adolescents. Its aim remains the same: to create

awareness of the following in the client (Glasser, 2010): *Responsibility and Right and wrong* (Glasser, 2010; Prout, & Fedewa, 2015). The goal of Reality Therapy is not simply to help clients face reality; they must also learn to fulfill their needs (Glasser, 2010). Indeed, the American Psychological Association (2021) defines it as “the development of the ability to cope with the stresses of reality and take greater responsibility for the fulfillment of his or her needs.” Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) is a therapeutic approach that emphasizes clients’ strengths and resources to create positive change, focusing on present and future goals rather than past problems. It’s brief, goal-oriented, and emphasizes solutions rather than delving into underlying issues. The focus is on the client’s health rather than the problem, strengths rather than weaknesses or deficits, and skills, resources, and coping abilities that would help reach future goals (Żak, & Pękala, 2024). Clients describe what they want to happen in their lives (solutions) and how they will use personal resources to solve their problems. Clients are encouraged to believe that positive changes are always possible and are encouraged to increase the frequency of current useful behaviors (Thompson et al., 2024). The loss of a mother leaves an undeniable mark on a daughter’s life, affecting her emotions, identity, and relationships. While the journey of a motherless daughter is often filled with challenges, many find strength in their resilience and in the support of others. Through self-awareness, healing, and the presence of positive influences, motherless daughters can navigate their paths, carrying their mother’s love and legacy in their hearts; In order to achieve this state of quality of life in this study, based on the research of Bowlby (1997), Lester et al. (2018), and Bowring et al. (2025), it is noted that the presence of the mother can facilitate physical, cognitive, and emotional functioning in children, while the absence of the mother can have destructive and even irreparable effects in various domains (psychological, social, emotional, moral, behavioral, and spiritual). The first key step was to focus on psychological interventions for girls without mothers to help them feel the presence of others and the ability to heal from loss and grief due to their loss; in this way, teaching

psychological skills as a moderating and influential factor on the indicators of cellular and emotional memory could mitigate some of the damage to levels of attachment and impact the processes of mentalization, emotional regulation, and social skills. Therefore, this study aims to answer the question of whether there is a difference in the effectiveness of reality therapy and solution-focused therapy on the quality of life of motherless girls?

Method

This research was practical in terms of its objective and a quasi-experimental study (with an experimental and control group) with a three-phase design (pre-test, post-test, and a two-month follow-up period). The statistical population of this research consisted of all motherless teenage girls in Tehran in the year 2024 who were studying in schools in this city. The research sample consisted of 45 teenage girls aged 14 to 18 from Tehran, who were selected using the convenience sampling method. In this way, due to proximity and accessibility for implementing intervention programs, three areas 5, 6, and 7 of Tehran city were selected from the 22 districts of the city. A list of 50 motherless teenage girls was compiled from school administrators and counselors. In the following, we examine the criteria for participation in the study, which include: loss of mother in the past 2 years, informed consent to participate in the research, a score lower than 60 on the quality of life questionnaire, and exclusion criteria such as any psychological issues needing psychological and psychiatric intervention (based on the students' counseling files), diagnosis of prolonged grief disorder according to the opinions of a psychologist and psychiatrist, receipt of medication and psychological services during the intervention, history of substance abuse, and absence for more than three sessions in treatment interventions. Considering these conditions, out of the 50 individuals who met the entry criteria, 45 were selected through convenience sampling and randomly assigned to three experimental groups: Group 1 (Reality Therapy = 15 individuals), Group 2 (Solution-Focused Therapy = 15), and the control group (15 individuals). Regarding the sample selection, it should be noted that based on the statistical analysis method of

repeated measures ANOVA (within-group and between-group comparisons), the effects of the intervention (the difference between pre-test and post-test scores), the effect of time (the difference between pre-test scores and follow-up), and the stability of the intervention (the difference between post-test and follow-up scores) were analyzed. Using G*Power software and considering an effect size of 0.35, a significance level of 0.05, with a 95% confidence level for rejecting the null hypothesis, a total of 3 groups and 1 dependent variable in the research, a sample size of 36 individuals was estimated (12 individuals for each group).

Results

The contents of Table 1 show that there is a significant difference in quality of life between the

groups (experimental and control) and the interaction (group $\times$ time). Additionally, there is a significant difference between the timing of assessments (post-test and follow-up). Furthermore, there is a significant difference in terms of overall quality of life scores between the groups (experimental and control) and the interaction (group, time, and group $\times$ time interaction) ($\lambda = 0.168$, $F = 28.046$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.59$). To examine the point of difference, a mixed ANOVA analysis was conducted on the total quality of life score in the repeated measures text. Table 2 shows the results of the mixed analysis of variance with repeated measures in the context of the mixed MANOVA on pre-test, post-test, and follow-up quality of life scores in the experimental and control groups.

Table 1. Summary of the results of mixed ANOVA with repeated measures on pre-test, post-test, and follow-up scores of qualities of life

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	P	Eta	Observed Power	
Between Group (Group)	Pillai's Trace	.839	14.439	4.000	80.000	.000	.419	1.000
	Wilks' Lambda	.168	28.046	4.000	78.000	.000	.590	1.000
	Hotelling's Trace	4.905	46.598	4.000	76.000	.000	.710	1.000
	Roy's Largest Root	4.897	97.937	2.000	40.000	.000	.830	1.000
Within Group (Time)	Pillai's Trace	.919	227.024	2.000	40.000	.000	.919	1.000
	Wilks' Lambda	.081	227.024	2.000	40.000	.000	.919	1.000
	Hotelling's Trace	11.351	227.024	2.000	40.000	.000	.919	1.000
	Roy's Largest Root	11.351	227.024	2.000	40.000	.000	.919	1.000
Within Group (Time×Group)	Pillai's Trace	.824	14.377	4.000	82.000	.000	.412	1.000
	Wilks' Lambda	.180	27.136b	4.000	80.000	.000	.576	1.000
	Hotelling's Trace	4.530	44.165	4.000	78.000	.000	.694	1.000
	Roy's Largest Root	4.524	92.747c	2.000	41.000	.000	.819	1.000

Table 2. The results of mixed ANOVA with repeated measures in the context of mixed methods on pre-test, post-test, and follow-up quality of life scores in the studied groups

	Source	SS	df	MS	F	P	Eta	Observed Power
Between Group (Group)	Group	357.860	2	178.930	5.189	.05	.202	
Within Group (Time)	Huynh-Feldt	540.880	1.533	352.855	372.817	.000	.901	1.000
Within Group (Time $\times$ Group)	Huynh-Feldt	208.820	3.066	68.114	71.968	.000	.778	1.000
Error (Time)	Huynh-Feldt	59.483	62.848	.946				

As shown in Table 2, the effect of the group on the total quality of life score is significant ($F_{(1, 41)} = 5.189$, $P < 0.001$). Therefore, it can be stated that there is a significant difference between the mean scores of the variable quality of life in the experimental and control groups. The impact of time, measured by the Huynh-Feldt test for quality of life with adjusted degrees of freedom ($F_{(1.533, 372)} = 372.817$, $P < 0.001$) is significant. Therefore, it can be stated that there is a significant difference in the mean scores of quality of life in the experimental group in the three situations

of post-test and follow-up. The interaction effect between time and group was also significant for the quality of life variable, assessed using the Huynh-Feldt test with adjusted degrees of freedom on the total score ($F_{(3.066, 82)} = 68.114$, $P < 0.001$). It can therefore be stated that the difference in the mean scores of quality of life at different times varies according to the levels of the variable in the experimental group. The effect size of reality therapy on the quality of life of motherless girls is 0.20 in the post-test phase and 0.33 in the follow-up phase. The effect size of

solution-focused education on the quality of life of motherless girls is 0.22 in the post-test stage and 0.42 in the follow-up stag.

Conclusion

This study aimed to compare the effectiveness of reality therapy and solution-focused therapy on the quality of life of motherless girls. The results of the mixed ANOVA analysis showed that reality therapy has been effective on the quality of life of motherless girls.

In explaining these results, the fact that everyone is constantly striving to meet these basic needs is at the heart of reality therapy. When a person feels bad, reality therapists maintain it is because one of the five needs have not been fulfilled (Ren et al., 2024). In reality therapy group sessions, therapists tend to avoid focusing on the individual's symptoms, as Glasser believed that the symptoms of psychological distress manifest due to a person's disconnection from others. Therefore, individuals entering reality therapy generally have a specific issue of concern, and the therapist may ask them to consider the effects of their behavior on that area and help the individual focus on things they can actually change, rather than things that are beyond their control (Kamsari et al., 2021).

The results of the mixed analysis of variance with repeated measures showed that solution-based training has been effective on the quality of life of motherless girls. In explaining these results, it can be said that solution-focused therapy helps individuals to be resilient and is essential in empowering them to build psychological resources and effectively cope with life's challenges. Solution-focused therapy is a structured and objective perspective that guides the individual through an evaluation process, problem expression, intervention, control, and assessment. The goals of this intervention are very clear and are regularly reviewed (Foo et al., 2024). It also emphasizes behavioral change and the extent of

behavior application (the frequency of inappropriate behavior, the strength of belief in destructive thoughts, or the level of concern). Regular monitoring and review provide a benchmark for evaluating progress by comparing current performance against the baseline.

Ultimately, it should be noted that the effectiveness of therapeutic interventions depends on various factors and conditions. The appropriateness and success of programs do not follow an all-or-nothing principle, and the effectiveness of any program will vary based on the execution conditions, the characteristics of the participants, and the level of expertise of the implementers. Of course, the principles governing effective programs are relatively the same, and programs whose theoretical foundations are stronger have a similar structure. Nonetheless, many programs become flexible in interaction with various situations.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral thesis in the Faculty of Educational Sciences and Psychology at Shahid Chamran University of Ahvaz. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second was the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, girl's students, principals, and counselors of schools in Tehran in the study.



مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان راه حل محور بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر

راحله صفوی^۱، نجمه حمید^۲، سید اسماعیل هاشمی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۹

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۶/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۱/۰۱

کلیدواژه‌ها:

واقعیت درمانی،

درمان راه حل محور،

کیفیت زندگی،

دختران فاقد مادر

زمینه: عدم دسترسی به منبع ایمن از جمله مراقب اصلی زمینه را برای آسیب پذیری در برابر اختلالات روانشناختی و کاهش کیفیت زندگی در افراد فراهم می کند. بنابراین زمانی که دسترسی به مادر به عنوان مراقب اصلی امکان پذیر نیست؛ جهت تعدیل آسیب پذیری روانشناختی افراد آموزش و بکارگیری مهارت های روانشناختی می تواند زمینه را برای بهبود کیفیت زندگی فراهم سازد.

هدف: این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان راه حل محور بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر انجام شد.

روش: پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش یک مطالعه شبه آزمایشی که با استفاده از یک طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دختران در حال تحصیل فاقد مادر شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از دختران نوجوان فاقد مادر شهر تهران بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آموزش واقعیت درمانی (۱۵ نفر)، آموزش راه حل محور (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارش شدند. گروه های آزمایشی واقعیت درمانی را با توجه به راهنمایی آموزش (گلاس، ۲۰۱۰) و آموزش راه حل محور را با توجه به راهنمایی آموزش (کورمان و همکاران، ۲۰۱۳) دریافت کردند و گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه کیفیت زندگی (ریونز-سیبر و همکاران، ۲۰۰۸) استفاده شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS.28 و با روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و آزمون های تعقیبی بنفرونی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر نشان داد که آموزش واقعیت درمانی و درمان راه حل محور بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر فاقد مادر اثربخش است ($P < 0/05$). مداخلات آموزشی بعد از ۲ ماه بر روی گروه های آزمایشی از پایداری و ثبات برخوردار بود. نتایج آزمون های تعقیبی بنفرونی نشان داد که بین واقعیت درمانی و درمان راه حل محور از نظر اثربخشی بر روی کیفیت زندگی با گروه گواه تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$)، اما بین واقعیت درمانی و درمان راه حل محور از نظر اثربخشی بر روی کیفیت زندگی تفاوت وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به این نتایج استفاده از واقعیت درمانی و درمان راه حل محور به عنوان مداخلات روانشناختی مبتنی بر شواهد جهت بهبود کیفیت زندگی نوجوانان که مراقبین اصلی خود را از دست داده اند؛ می تواند بخش مهمی از آسیب پذیری روانشناختی آن ها را در برابر اختلالات روانشناختی کاهش دهد. همچنین به هر میزان این مداخلات در سنین پایین تر انجام شود میزان تأثیر گذاری آن در آینده نیز بیشتر خواهد بود.

استاد: صفوی، راحله؛ حمید، نجمه؛ هاشمی، سید اسماعیل (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان راه حل محور بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر. مجله علوم روانشناختی،

دوره ۲۵، شماره ۱۵۷، ۱-۲۱.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۷، ۱۴۰۳. DOI: [10.61186/jps.25.157.5](https://doi.org/10.61186/jps.25.157.5)



✉ نویسنده مسئول: نجمه حمید، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. رایانامه: n.hamid@scu.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۶۱۱۸۷۵۸۶

مقدمه

بزرگ شدن بدون مادر که با نام کودکان به بی مادر^۱ مفهوم سازی شده است واقعیتی است که میلیون ها کودک در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می دهد و کیفیت زندگی آنها را به طرق عمیقی شکل می دهد. این موضوع مهمی است (لستر و همکاران، ۲۰۱۸)؛ زیرا در معرض و مجاورت مراقب اصلی قرار گرفتن می تواند باعث شکل گیری نشانگرهای مهمی در حافظه شود؛ حافظه در سطح سلولی باید یک نشانگر کلیدی برنامه نویسی باشد. این ایده که در طول رشد اولیه، پارامترهای مهم فیزیولوژیکی می توانند توسط رویدادهای محیطی تنظیم مجدد شوند و این تنظیم مجدد می تواند تا بزرگسالی ادامه یابد، مستلزم حافظه سلولی^۲ است (رایت، ۲۰۱۸). عواملی که بازتاب دهنده (انعکاس) هستند و در تنظیم ریتم های شبانه روزی نقش دارند، ممکن است به نوعی در حافظه بلندمدت ثبت شوند. در این راستا، کورتیزول، که واسطه ی فرآیندهای متابولیکی متعددی در بدن است، کاندیدای قوی برای استفاده به عنوان یک نشانگر زیستی برنامه ریزی شده برای دوران اولیه ی زندگی است. در شرایط پایه، کورتیزول، هورمون اصلی گلوکوکورتیکوئید بدن، از یک الگوی روزانه در پلازما و بزاق پیروی می کند، اما در پاسخ به استرس نیز افزایش می یابد. کند شدن افزایش کورتیزول بزاقی پس از یک عامل استرس زای حاد می تواند نشانگر زیستی برای برنامه ریزی ناسازگارانه باشد (رایت، ۲۰۱۸؛ بورینگ و همکاران، ۲۰۲۵).

تحقیقات اپی ژنتیکی دقیق در موش ها پیش از این نشان داده بود که رفتارهای پیوندجویان مادر، می توان متیلاسیون DNA گیرنده گلوکوکورتیکوئید هیپوکامپ را تغییر دهد. این متیلاسیون DNA تغییر یافته، به نوبه خود، بیان ژن در مغز را پیش بینی می کند. ارتباط بین محیط اولیه زندگی (مثلاً پیوند مادر- نوزاد و برنامه ریزی تنظیم اپی ژنتیکی متیلاسیون پروموتور گیرنده کورتیزول) ممکن است منعکس کننده نقش اپی ژنتیک به عنوان شکلی از حافظه سلولی باشد که مکانیسمی را فراهم می کند که از طریق آن محیط اولیه زندگی می تواند اثرات سلامتی را که سال ها یا حتی دهه ها بعد آشکار می شوند، برنامه ریزی کند (رایت، ۲۰۱۸). به همین خاطر زمانی که نوزاد و یا کودک به هر دلیلی از ارتباط با مادر

برای مدت زمانی بیش از سه ماه محروم می شود؛ ساختار حافظه سلولی به او یک نشانگر مبنی بر تجربه یک رویداد استرس زا را نشان می دهد تا کورتیزول به عنوان یک هورمون کلیدی برای رشد عصبی، التهاب، سلامت استخوان، سلامت تنفسی، سلامت قلب و عروق و متابولیسم عمومی است و به حفظ هموستاز کمک کند؛ اما زمانی که این رویداد استرس زا (فقدان مادر) به مدت طولانی وجود داشته باشد هورمون کورتیزول می تواند اثرات منفی و معکوسی بر ساختار اجتماعی، شناختی و هیجانی داشته باشد که به نوبه خود زمینه را برای کاهش سلامت روانشناختی، بهزیستی و کیفیت زندگی در دوران بعدی زندگی فراهم می کند (بارکر، ۲۰۰۷؛ هافمن و همکاران، ۲۰۱۷). بورینگ و همکاران (۲۰۲۵) در یک مطالعه ای مقطعی با هدف تأثیرات زیستی- روانی- اجتماعی فقدان مادر بر دختران در استرالیا نشان دادند که چگونه سن مادر و دختر در زمان مرگ، سطح کلی اضطراب و اجتناب دلبستگی مادر و دختر، وابستگی دختر به مادر قبل از مرگ او، ارائه مراقبت شخصی دختر به مادر قبل از مرگ؛ و انتظار دختر از مرگ مادر با پیامدهای زیستی- روانی- اجتماعی مرتبط است. دختران بزرگتر، وابسته و با دلبستگی اضطرابی که مراقبت می کردند و با فقدان غیرمنتظره ای روبرو شدند، پیامدهای ضعیف تری را تجربه کردند. دلبستگی اضطرابی عمومی قوی ترین و ثابت ترین پیش بینی کننده بود.

مفهوم کیفیت زندگی^۳ با توجه به پتانسیل آن برای ارزیابی نتایج مداخلات و ارائه خدمات، و همچنین امکان یافتن یک زبان مشترک بین رشته ها، به طور فزاینده ای اهمیت پیدا می کند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به عنوان «درک فرد از جایگاه خود در زندگی در چارچوب بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند و با توجه به اهداف، انتظارات، هنجارها و دغدغه های» در نظر گرفته می شود (رودریگز- گراند و همکاران، ۲۰۲۴). سازه کیفیت زندگی از ابعاد عینی و ذهنی تشکیل شده است و شامل جنبه های مرتبط با سلامت، احساس رضایت و بهزیستی است که در رابطه با تجربیات و شرایط زندگی رخ می دهد (مام شریفی و همکاران، ۱۳۹۹). کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل درونی و بیرونی مانند برداشت هر فرد از زندگی خود، زمینه های فرهنگی، تجربیات قبلی، ارزش های شخصی و آرزوها قرار می گیرد، جنبه هایی که

3. quality of life

1. Motherless Children

2. cellular memory

اندازه گیری آنها دشوار است (ماگا کوئه و همکاران، ۲۰۲۴). کیفیت زندگی را می توان به عنوان یک ساختار چندبعدی ارزیابی کرد که شامل جنبه هایی مانند بهزیستی هیجانی، اقتصادی و جسمی و همچنین روابط بین فردی، شمول اجتماعی، توسعه فردی، خودمختاری و حقوق است که توسط شالوک و وردوگو در مدل کیفیت زندگی خود ادغام شده اند (کاسرس-مانریک و همکاران، ۲۰۱۸). بار فزاینده نبود مراقبت، سلامت و کیفیت زندگی در نوجوانان به خصوص دختران فاقد مادر را به شدت به خطر می اندازد (چون و همکاران، ۲۰۲۰). گوماری و همکاران (۲۰۲۴) در یک مطالعه مقطعی با هدف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل تعیین کننده آن در نوجوانان نتایج نشان داد که بالاترین میانگین نمره برای حیطه روابط اجتماعی و پایین ترین آن برای حیطه فیزیکی بود. سن، استفاده پدر از تنباکو، تاریخچه مصرف الکل، عدم دسترسی پذیری عاطفی به والدین و فعالیت های جسمانی/ بدنی یا رفتارهای مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی نوجوانان مرتبط بودند. از بین این عوامل دسترسی پذیری عاطفی به والدین قوی ترین پیش بینی کننده کیفیت زندگی در نوجوانان بود. همچنین نتایج مطالعه بورینگ و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که دختران بدون مادر در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی، اضطراب و عزت نفس پایین هستند. آنها همچنین ممکن است در پردازش غم و اندوه مشکل داشته باشند، به خصوص اگر مادر خود را در سنین پایین و قبل از درک کامل مفهوم مرگ یا جدایی از دست بدهند.

یکی از مداخلات تأثیرگذار که در طول چند دهه اخیر مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته و چهار جنبه اساسی حالت های فیزیولوژیکی، رفتاری، هیجانی و اقدام (عمل) را برای زندگی بهتر مورد توجه قرار داده است واقعیت درمانی^۱ است (اولانا و همکاران، ۲۰۲۵). واقعیت درمانی، به جای اینکه محیط، والدین یا فرهنگ افراد را سرزنش کند، مراجعین را مسئول رفتارشان می داند (ووبولدینگ، ۲۰۱۷). برخلاف بسیاری از درمان های دیگر، واقعیت درمانی ادعا می کند که مشکلات رفتاری مختلفی که مراجعین را به درمان می کشاند، محصول ناتوانی در برآورده کردن نیازهای اساسی انسانی آنهاست (گلاس، ۲۰۱۰؛ رن و همکاران، ۲۰۲۴). ویلیام گلسر (۲۰۱۰) به عنوان رزیدنت روانپزشکی در دهه ۱۹۶۰، از درمان روانکاوی کلاسیک ناامید شد و شروع به آزمایش

رویکردی بسیار متفاوت کرد که آن را واقعیت درمانی نامید. در واقعیت درمانی، برخلاف درمانگران مرسوم که به آنها آموزش داده می شود که یک رویکرد خنثی و بی طرف اختیار کنند «فرد یاری رسان هم با مراجع درگیر می شود و هم برای او بسیار واقعی می شود» (گلاس، ۲۰۱۰). در آن زمان، روانشناسی بالینی فرض می کرد که روان رنجوری های^۲ مراجع ناشی از استانداردهای اخلاقی غیرواقع بینانه و بالا است. از سوی دیگر، گلاس استدلال می کرد که «انسان ها درگیر پیوندهای عاطفی می شوند، نه به این دلیل که استانداردهایشان خیلی بالا است، بلکه به این دلیل که عملکردشان خیلی پایین بوده و هست» (گلاس، ۲۰۱۰). انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۲۱) واقعیت درمانی را به عنوان «رشد توانایی مقابله با استرس ها، واقعیت و پذیرش مسئولیت بیشتر برای برآوردن نیازهای خود». گلاس (۲۰۱۰) تفاوت واقعیت درمانی با درمان مرسوم را در شش نکته خلاصه می کند. واقعیت درمانی مفهوم بیماری روانی را نمی پذیرد؛ مراجعین باید مسئولیت رفتار خود را بپذیرند، کار در زمان حال و رو به آینده؛ مراجع محدود به گذشته خود نیست، مراجعین با درمانگران به عنوان خودشان ارتباط برقرار می کنند، نه به عنوان چهره های انتقالی (درمانگر نباید تجربیات گذشته مراجع را با آن ها دوباره زنده کند)، انگیزه ها یا دلایل ناخود آگاه به عنوان دلیلی برای رفتار ضعیف جستجو یا پذیرفته نمی شوند، مواجهه با اصول اخلاقی رفتار - درست و غلط - برای تحکیم مشارکت مراجع و به مراجعین روش های مؤثرتری برای رفع نیازهایشان آموزش داده می شود. هدف واقعیت درمانی صرفاً کمک به مراجعین برای مواجهه با واقعیت نیست؛ همچنین آن ها باید یاد بگیرند که نیازهای خود را برآورده کنند (گلاس، ۲۰۱۰؛ پروت و فیداو، ۲۰۱۵). کسماری و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی آدلری و واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دوره متوسطه اول شهر تهران نتایج نشان داد که گروه آزمایش اول مشاوره گروهی آدلری، گروه آزمایش دوم واقعیت درمانی و گروه گواه در بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی دار وجود دارد. مشاوره گروهی آدلری تأثیر بیشتری نسبت به واقعیت درمانی بر بهزیستی روانشناختی داشت. درمان آدلری با تأکید بر شناسایی دقیق سبک زندگی و با تمرکز بر شناسایی و رفع اشتباهات اساسی مختل کننده روابط درون فردی و بین فردی، افراد را به سمت پرورش علاقه

^۱. Reality Therapy

^۲. neuroses

اجتماعی هدایت می‌کند. نیروزاده (۱۴۰۳) در مطالعه‌ای با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی و درمان عقلانی هیجانی رفتاری بر شایستگی اجتماعی نوجوانان دختر نتایج نشان داد آموزش واقعیت درمانی و درمان عقلانی هیجانی رفتاری در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری شایستگی اجتماعی را افزایش دادند. همچنین آموزش واقعیت درمانی در مقایسه با درمان عقلانی هیجانی رفتاری موجب افزایش بیشتر شایستگی اجتماعی شد.

یکی از رویکردهای درمانی کوتاه مدت که با تمرکز بر راه حل‌ها به جای مشکلات، می‌تواند به مراجعین آموزش دهد تا آینده‌ی دلخواه خود را تصور و خلق کنند. درمان مبتنی بر راه حل^۱ (SFT) است (کوپر و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر راه حل نوعی روان درمانی کوتاه مدت است که به جای کسب بینش در مورد چالش‌ها و نگرانی‌ها، بر راه حل‌ها تمرکز دارد. این رویکرد توسط متخصصان سلامت روان، استیو دِ شِزِر و اینسو کیم برگ، در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ توسعه داده شد. البته، شما باید برای یافتن راه حل، مشکل را مورد بحث قرار می‌دهید، اما فراتر از درک مشکل و تصمیم‌گیری در مورد نحوه‌ی رسیدگی به آن، درمان مبتنی بر راه حل، به تک تک جزئیات مشکلی که تجربه می‌کنید، نمی‌پردازد (زاگ و پیگالا، ۲۰۲۴). این مداخله مختصر و هدف‌محور است و به جای پرداختن به مسائل اساسی، بر راه حل‌ها تأکید دارد. تمرکز بر سلامت مراجع به جای مشکل، تمرکز بر نقاط قوت به جای نقاط ضعف و یا نقص‌ها، و بهبود مهارت‌ها، منابع و توانایی‌های مقابله‌ای که به دستیابی به اهداف آینده کمک می‌کنند، از مهمترین ویژگی‌های این درمان است (فو و همکاران، ۲۰۲۵). مراجعین توصیف می‌کنند که می‌خواهند در زندگی‌شان چه اتفاقی بیفتد (راه حل‌ها) و چگونه از منابع شخصی خود برای حل مشکلاتشان استفاده کند (تامپسون و همکاران، ۲۰۲۴). مراجعین تشویق می‌شوند که باور کنند تغییرات مثبت همیشه امکان‌پذیر است و تشویق می‌شوند که فراوانی رفتارهای مفید فعلی را افزایش دهند. فو و همکاران (۲۰۲۴) در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده با هدف اثربخشی درمان کوتاه مدت متمرکز بر راه حل در مقابل مدیریت موردی برای پریشانی روانی در نوجوانان و بزرگسالان جوان در یک سرویس سلامت روان جوانان مبتنی بر جامعه در سنگاپور نتایج نشان داد که نوجوانان شرکت کننده در SFT دریافت می‌کنند، در مقایسه با

گروه کنترل، از شروع مطالعه تا ۸ هفته، بهبود بیشتری در پریشانی روانی توسط خود بیمار گزارش شد. پیامدهای ثانویه شامل علائم افسردگی و اضطراب گزارش شده توسط خود بیمار و اختلال عملکردی نیز بهبود قابل توجهی داشت. همچنین این مطالعه بررسی کرد که آیا SFBT در مقایسه با درمان معمول و متداول^۲ TAU با افزایش خودکارآمدی و کاهش ناامیدی، کاهش ارجاعات بعدی پس از مداخله و دستاوردهای بالینی پایدار ۳ ماه پس از مداخله مرتبط است یا خیر. نتایج ثبات مداخله را در پیگیری سه ماهه تأیید کردند. تامپسون و همکاران (۲۰۲۴) در یک کارآزمایی بالینی با هدف درمان مبتنی بر راه حل در نوجوانان ۱۰ تا ۱۷ ساله نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر راه حل بر روی شاخص‌های سلامت اجتماعی، هیجانی و روانشناختی نوجوانان اثربخش است.

از دست دادن و یا فقدان مادر، تأثیر غیرقابل انکاری بر احساسات، هویت و روابط دختر می‌گذارد. در حالی که زندگی (مسیر سفر) یک دختر بی‌مادر اغلب پر از چالش است، بسیاری از آنها در تاب‌آوری خود و حمایت دیگران قدرت پیدا می‌کنند. دختران بی‌مادر می‌توانند از طریق خودآگاهی، خودالتیام بخشی و تأثیرات مثبت حضور دیگران، مسیر خود را پیدا کنند و عشق و میراث مادرشان را در قلب‌هایشان به همراه داشته باشند؛ که برای رسیدن به این حالت از کیفیت زندگی در این مطالعه با توجه به پژوهش بالبی (۱۹۹۷)، لستر و همکاران (۲۰۱۸) و بورینگ و همکاران (۲۰۲۵) مبنی بر اینکه حضور مادر می‌تواند عملکرد جسمانی، شناختی و هیجانی را در کودکان تسهیل کند و فقدان مادر می‌تواند اثرات مخرب و حتی غیرقابل جبرانی را در ساحت‌های (روانشناختی، اجتماعی، هیجانی، اخلاقی، رفتاری و معنوی) مختلف به همراه داشته باشد، اولین گام کلیدی توجه به مداخلات روانشناختی برای دختران بدون مادر در جهت احساس حضور دیگران مهم و توانایی التیام فقدان و سوگ ناشی از دست دادن بود؛ تا از این طریق آموزش مهارت‌های روانشناختی به عنوان یک عامل تعدیل کننده و تأثیرگذار بر نشانگرهای حافظه سلولی و هیجانی بتواند بخشی از آسیب به سطوح دلبستگی را تعدیل و بر فرآیند ذهنیت‌سازی، تنظیم هیجانی و مهارت‌های اجتماعی تأثیرگذار باشد. لذا با توجه به پیشینه مطالعات صورت گرفته برای تنظیم هیجان و تعدیل الگوهای رفتاری آسیب‌رسان واقعیت درمانی و درمان راه حل محور به عنوان الگوهای

¹. solution-focused therapy

². treatment as usual

مداخله‌ای که هم ابعاد فیزیولوژیکی (نیازها)، هیجان، رفتار و عمل (اقدام کردن) را برای زندگی کیفی بهتر فراهم می‌سازد در کنار درمان راه حل محور به عنوان یک مداخله مبتنی بر مهارت‌ها درست زمانی که فرد برای حل مسائل زندگی روزمره خود ممکن است در معرض خطر بیشتری برای پاسخ به رویدادهای استرس‌زای ناسازگارانه قرار گیرد، با استفاده بجا و درست از آن بتواند در مورد چگونگی افزایش پیوند هیجانی و شناختی با دیگران در کنار منابع درونی زمینه را برای بهبود کیفیت زندگی خود فراهم سازد؛ توجه پژوهشگران را به این دو مداخله در جهت شناسایی و نحوه برآورده شدن نیازها (مبتنی بر واقعیت درمانی) و درمان راه حل محور زمانی که مشکلی وجود و انسان از منابع بیرونی از جمله افراد مهم برای مقابله برخوردار نیست چگونه از منابع درونی خود در جهت حل مشکلات زندگی خود استفاده کند. در مجموع چون هدف این دو مداخله بهبود بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی افراد است و چندین برنامه مبتنی بر واقعیت درمانی برای فرزندپروری با کفایت و مبتنی بر نظریه انتخاب برای بهبود روابط مادر-فرزند تدوین شده است، اما اصول اساسی آن در دختران فاقد مادر بررسی نشده است؛ نتایج این مطالعه برای درک مزایای بلندمدت حضور مادر در سنین اولیه، به عنوان یک منبع که باعث رشد امنیت و عزت نفس در کودک می‌شود و تغذیه کودک از این منبع در کنار آرامش، ثبات و قابلیت پیش‌بینی پذیری رفتار مادر باعث بهبود تغذیه هیجانی، روانشناختی و اجتماعی و رضایت فرد از خود در دوران بزرگسالی خواهد شد. از سوی دیگر، استفاده از آموزش راه حل محور نیز می‌تواند بخش مهمی از ضعف مهارت‌ها را به دلیل عدم دسترسی به منبع اصلی آموزش مهارت‌ها (مادر) در این افراد پوشش دهد تا ضمن بازسازی عزت نفس آسیب‌دیده و آسیب پذیر با تأکید بر توانمندی‌ها درونی بتوانند در شرایط بحرانی از پس رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی برآیند تا با اقدام مؤثر و مبتنی بر آموزش زمینه را برای رشد و تعالی فردی فراهم سازند. لذا این مطالعه با هدف پاسخگویی به این سؤال که بین واقعیت درمانی و درمان راه حل محور از نظر اثربخشی بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر چه تفاوتی وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، پژوهش شبه آزمایشی (با گروه آزمایش و گواه)

با طرح سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری) دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان دختران فاقد مادر شهر تهران در سال ۱۴۰۳ که در مدارس این شهر مشغول به تحصیل بودند تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر تهران بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که از بین مناطق ۲۲ گانه شهر تهران به دلیل مجاورت و نزدیکی جهت اجرای برنامه-های مداخله به صورت در دسترس سه ناحیه ۵، ۶ و ۷ شهر تهران انتخاب شدند. در ادامه با تهیه لیستی از نوجوانان دختر فاقد مادر از مدیران و مشاوران مدرسه به صورت در دسترس ۵۰ نفر انتخاب شدند. در ادامه با بررسی ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ از دست دادن مادر در طول ۲ سال اخیر، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، نمره پایین‌تر از ۶۰ در پرسشنامه کیفیت زندگی و ملاک‌های خروج داشتن هر گونه مشکل روانشناختی که نیازمند مداخله روانشناختی و روان‌پزشکی باشد (بر اساس پرونده مشاوره‌ای دانش‌آموزان)، تشخیص اختلال سوگ طولانی مدت بر اساس نظر روانشناس و روان‌پزشک، دریافت دارو و خدمات روانشناختی در طول مداخله، سابقه مصرف مواد و غیبت بیش از سه جلسه در مداخلات درمانی. با توجه به این شرایط از بین ۵۰ نفری که ملاک‌های ورود را داشتند ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی ۱ (واقعیت درمانی= ۱۵ نفر)، آزمایشی ۲ (درمان راه حل محور= ۱۵) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارش شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که با توجه به روش تحلیل آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (مقایسه درون‌گروهی و بین‌گروهی) اثر مداخله (تفاوت نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون)، اثر زمان (تفاوت نمرات پیش‌آزمون تا پیگیری) و ثبات مداخله (تفاوت نمرات پس‌آزمون-پیگیری) با توجه به نرم‌افزار G*Power با توجه به اندازه اثر ۰/۳۵، سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۵$ ، احتمال رد فرض صفر با توجه به خطای ۰/۹۵، تعداد گروه‌ها ۳ و تعداد متغیرهای وابسته پژوهش ۱ حجم نمونه ۳۶ نفر برآورد شد (۱۲ نفر برای هر گروه). ولی در این مطالعه به خاطر پیش‌بین افت آزمودنی و احتمال ریزش برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. لازم به توضیح است از آنجا که برای اجرای دقیق آموزش مداخله به دو گروه ۱۵ نفری در جهت مدیریت جلسات تقسیم می‌شود و دو درمانگر که دوره سوپرویزیونی واقعیت درمانی و درمان راه حل محور را گذرانده باشند به هر یک از گروه‌های (نوجوانان)

آموزش می‌دهند. برای این که گروه گواه در جریان چگونگی مداخلات انجام شده بر روی گروه‌های آزمایشی نباشند در مطالعه حاضر از آلودگی تضعیف روحیه‌ی آزمودنی‌ها از طریق برنامه‌ریزی و کنترل دقیق جلوگیری به عمل آمد (به این صورت که پس از اتمام مداخلات برای گروه گواه نیز یک مداخله ۴ جلسه‌ای صورت گرفت)، همچنین سعی شد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل ارتباطی وجود نداشته باشد تا از انتشار عمل آزمایشی جلوگیری شود.

(ب) ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (کید اسکرن-۲۷)^۱: کید اسکرن (ریونز- سیرر و همکاران، ۲۰۰۸) با استفاده از پروژه اروپایی «غربالگری و ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان و نوجوانان» که شامل ۲۲۸۲۷ کودک از ۱۳ کشور اروپایی بود، ساخته شد. کید اسکرن به صورت خودسنجی، برای کودکان و نوجوانان سالم و مبتلا به بیماری مزمن ۸-۱۸ سال به کار می‌رود و نسخه‌های نیابتی آن برای پدر و مادر یا سایر مراقبان نیز در دسترس است. از کید اسکرن می‌توان در بیمارستان‌ها، مراکز پزشکی و مدارس استفاده کرد. هم اکنون سه نسخه ۵۲، ۲۷ و ۱۰ گویه‌ای از کید اسکرن وجود دارد. نسخه ۲۷ گویه‌ای (ریونز- سیرر و همکاران، ۲۰۰۷) شامل پنج بعد است: ۱. بهزیستی جسمی پنج گویه دارد و سطوح فعالیت فیزیکی، انرژی و برآزندگی را می‌سنجد. ۲. بهزیستی روانشناختی^۲ هفت گویه دارد و هیجان‌های مثبت، رضایت از زندگی و احساس‌های متعادل را می‌سنجد. ۳. ارتباط با پدر و مادر و خودمختاری^۳ هفت گویه دارد و ارتباط با پدر و مادر، جو حاکم بر خانواده، آزادی کافی مرتبط با سن و درجه رضایت از منابع مالی را می‌سنجد. ۴. حمایت اجتماعی و همسالان^۴ چهار گویه دارد و ارتباط با همسالان را بررسی می‌کند. ۵. محیط مدرسه^۵ چهار گویه دارد و ادراک کودک و نوجوان از ظرفیت شناختی، یادگیری و تمرکز و احساس راجه به مدرسه را بررسی می‌کند. این ابزار روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از ۱= هیچ گاه تا ۵= همیشه یا از ۱= به هیچ وجه تا ۵= بی‌نهایت) پاسخ داده می‌شود و

فراوانی رفتار یا احساس خاص یا شدت نگرش را نشان می‌دهد. چارچوب زمانی به هفته گذشته بر می‌گردد. نمره خرده مقیاس‌ها به صورت خطی به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ نقطه‌ای تبدیل می‌شود که ۱۰۰ نمایانگر بهترین و صفر نمایانگر بدترین میزان کیفیت زندگی است (نیک آذین و همکاران، ۱۳۹۱). برای بررسی روایی ساختاری کید اسکرن پژوهشی روی ۲۲۸۵۷ کودک و نوجوان ۸-۱۸ سال از ۱۳ کشور اروپایی انجام شد (رویتالی و همکاران، ۲۰۰۷). یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش کراستین^۶ با ضریب تبیین ۵۶/۹ پنج عامل را نشان داد. تحلیل عاملی تأییدی نیز نشانگر برازش مدل بود (RMSEA= ۰/۰۶۸، CFI= ۰/۹۶۰). تک بعدی بودن همه ابعاد تأیید شده است (IFMSS^۷= ۰/۸۱-۱/۱۵) ضریب آلفای کرونباخ ابعاد ۰/۷۸-۰/۸۴ گزارش شده است. همبستگی میان ابعاد کید اسکرن ۲۷ گویه‌ای با ابعاد متناظر کید اسکرن ۵۲ گویه‌ای ۰/۹۶-۰/۶۳ و ضریب تبیین ۰/۹۲-۰/۳۹ بود. همبستگی میان ابعاد کید اسکرن ۲۷ گویه‌ای با سایر پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت که ساختارهای مشابه را می‌سنجد متوسط و بالا (۰/۶۳-۰/۳۶) بود. در ایران روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرن ۲۷ گویه‌ای در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی توسط نیک آذین و همکاران (۱۳۹۱) انجام شد. نتایج نشان داد که اثر کف برای ابعاد بهزیستی روانشناختی، حمایت اجتماعی و هم‌سالان و ارتباط با پدر و مادر و خودمختاری و اثر سقف برای تمام ابعاد مشاهده شد که از میزان قابل توجهی برخوردار نبود. یافته‌های تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازندگی مناسب مدل با داده‌ها بود. بررسی روایی هم‌گرا و واگرا نشان داد همبستگی میان ابعاد کیداسکرن، جز بعد حمایت اجتماعی و هم‌سالان، با ابعاد مشابه در سایر پرسشنامه‌ها که ساختارهای مشابهی را می‌سنجیدند، در حد متوسط و قوی بود ($P < ۰/۰۱$). هم‌چنین میان دو گروه با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا و پایین و سه گروه وضعیت روانشناختی (بهنجار، مرزی و نابهنجار) در بعضی از ابعاد کیداسکرن تفاوت وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). ضرایب آلفای کرونباخ برای تمامی ابعاد، جز بعد محیط مدرسه بالاتر از ۰/۷۰ و ضرایب بازآزمایی دوهفته‌ای برای تمام ابعاد در حد قوی بود ($P < ۰/۰۱$).

۴. peers and social support

۵. school environment

۶. Crustean rotations

۷. In-Fit Mean Square Statistic

۱. Health Related Quality of Life Questionnaire "KIDSCREEN-27"

۲. psychological well-being

۳. parent relation and autonomy

برنامه آموزش واقعیت درمانی: واقعیت درمانی رویکردی در روان درمانی است که همه رفتارها را به عنوان انتخاب می بیند. این رویکرد بحث برانگیز است زیرا بیماری روانی را به رسمیت نمی شناسد، در عوض اصرار دارد که هر چیزی که تجربه می کنید در نهایت انتخاب خودتان است. مفاهیم

زیربنایی واقعیت درمانی شامل انتخاب و کنترل، نیاز و تعارض های درون نیازها، دنیای کیفی، رفتار کلی و سطوح تعهد است. در این مطالعه آموزش واقعیت درمانی به دختران فاقد مادر ده جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت هفتگی مطابق با برنامه واقعیت درمانی گلاس (۲۰۱۰) آموزش داده شد.

جدول ۱. پروتکل واقعیت درمانی (گلاس، ۲۰۱۰)

جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری ارتباط، مشخص کردن اهداف برنامه	این جلسه به آشنایی عناصر برنامه آموزشی (مشاوره، اعضا، چارچوب برنامه) و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر اختصاص یافت	از آزمودنی ها خواسته شد در مورد مسئولیت پذیری و اهمیت آن در زندگی تفکر کنند.
دوم	آشنایی با مفاهیم متغیرهای پژوهش و تأثیر آنها در زندگی	آموزش مفاهیم نظریه واقعیت درمانی، معرفی چرایی و چگونگی رفتار از سوی ما، تعریف مسئولیت پذیری و کیفیت زندگی و اینکه چه نقشی در زندگی ما دارد.	هر یک از اعضا فهرستی از کارهایی که گمان می کردند نمی توانند انجام دهند و اهدافی که نمی توانند به آن برسند را تهیه می کنند.
سوم	تبیین نیازهای انسان	پنج نیاز اساسی انسان به طور جامع معرفی و اولویت بندی نیازها مشخص شد.	اعضا در مورد چگونگی برآورده شدن نیازهای اساسی تفکر کنند.
چهارم	آموزش انتخاب رفتار	آشناسازی افراد گروه با ۴ مؤلفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) با ذکر مثال ماشین رفتار و اینکه ما از طریق دستکاری چرخ های جلوی ماشین یعنی فکر و عمل می توانیم رفتارمان را مدیریت کنیم.	اعضا تأکید بر موقعیت های واقعی زندگی شخصی، انتخاب رفتار را تمرین کنند.
پنجم	بیان اهمیت مسئولیت پذیری رفتارها	آشناسازی اعضای گروه با مفهوم کنترل درونی و بیرونی و تأثیر آنها در بروز رفتارهایمان چگونه است.	اعضا، لیستی از رفتارهای تحت کنترل درونی و بیرونی و راهکارهای کنترل بر رفتارها را تهیه کنند.
ششم	شناسایی رفتارهای تخریب گر و سازنده	اعضای گروه با انواع رفتارهای تخریب گر و سازنده آشنا می شوند و الگوی استفاده از این رفتارها در تعاملات اصلی زندگی را تشخیص خواهند داد.	هر یک از اعضا لیستی از رفتارهای تخریب گر و سازنده خود را در موقعیت های واقعی زندگی تهیه کنند
هفتم	بیان و فهماندن چگونگی حرکت به سوی انتخاب ها	تطابق خواسته های اعضا با جهان واقعیت و اینکه اهداف انتخاب شده دست یافتنی هستند یا خیر؟	به اعضا در جهت برداشتن گام های عملی جهت رسیدن به خواسته ها کمک شد
هشتم	تأکید بر این مسئله که خود افراد مسئول انتخاب هایشان هستند	بررسی مطالب جلسه گذشته، کمک به اعضا جهت فهمیدن اینکه خودشان مسئول رفتار خود هستند و باید مسئولیت زندگی را بپذیرند.	طرح و برنامه های اعضا برای حرکت به سوی خواسته ها بررسی شد
نهم	داشتن هدف در زندگی و برنامه ریزی	هدف زندگی چیست؟ و برنامه ریزی و تداوم تغییر رفتار تا زمان رسیدن به انتخاب ها به چه صورت باید باشد؟	از اعضا خواسته شد در خصوص چگونگی دستیابی به اهداف، تهیه برنامه ای مشخص، قابل اندازه گیری، قابل دستیابی، واقع گرایانه و دارای زمان بندی مشخص برای نیل به اهداف تفکر کنند.
دهم	مرور جلسات قبل و ارزیابی میزان پیشرفت درمان	مطالب ارائه شده در جلسات گذشته مرور و زمینه سازی تعهد لازم جهت کاربرد آموخته ها برای ایجاد زندگی و روابط بهتر انجام شد.	اعضا مهارت های آموخته شده در این دوره را با یکدیگر تمرین کنند.

درمان راه حل محور: درمان راه حل محور شکلی از روان درمانی است که در آن ابزارهایی در اختیار مراجع قرار می گیرد تا مشکلات حاصل از عوامل استرس زای بزرگ و کوچک زندگی را شناسایی و حل کند. هدف آن بهبود کیفیت کلی زندگی و کاهش تأثیر منفی بیماری های روانی و جسمی است. هدف این درمان کمک به افراد است تا دیدگاهی خوش بینانه و واقع بینانه از مقابله اتخاذ کنند، نقش احساسات را به طور مؤثرتر درک کنند، و به طور خلاقانه یک برنامه اقدام برای کاهش پریشانی روانی و افزایش کیفیت زندگی ایجاد کنند. مداخلات شامل آموزش روانشناختی، تمرینات

تعاملی راه حل محور و تکالیف انگیزشی در منزل است. در این مطالعه آموزش راه حل محور به دختران فاقد مادر هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت هفتگی مطابق با برنامه بومی سازی شده درمان راه حل محور (پور دل و جعفری، ۱۳۹۸) آموزش داده شد.

جدول ۲. پروتکل درمانی رویکرد راه حل محور (پوردل و جعفری، ۱۳۹۸)

جلسه	اهداف	محتوی جلسه	تکالیف
جلسه اول	آشنایی و تعیین چهارچوب	معرفی، بیان اهداف و قوانین گروه، کردن چشم انداز مثبت راه حل محور برای اعضا	تمرکز بر اهداف شخصی و نوشتن اهداف رفتاری و مثبتی که بابت شرکت در گروه از خود انتظار دارند.
جلسه دوم	تعیین هدف خودنگری	بیان مساله، بررسی دقیق اهداف اعضا ایجاد و بررسی راه حل های تکراری	تمرکز بر قابلیت های شخصی و ثبت مواردی از گذشته که قادر به کنترل مشکل و استفاده از راه حل متفاوت بوده اند
جلسه سوم	تمرکز بر توانایی ها	زیرسؤال بردن راه حل های قدیمی و کشف راه حل جدید با تکیه بر توانایی های اعضا و شرایط فعلی	درجه بندی کردن اهداف و تمرکز بر خواسته ها و نیازها و اینکه چه مدت زمانی برای نیل به آن لازم دارند
جلسه چهارم	کشف راه حل و هدف گذاری	تمرکز بر راه حل جدید، درجه بندی کردن اهداف و تعیین اولین اقدامات.	ادامه درجه بندی کردن اهداف و اجرای قدم های کوچک
جلسه پنجم	تسلط و قدرت	شناخت توانایی ها و تعمیم راه حل به موقعیت های جدید با هدف نیل و تسلط و قدرت بیشتر هر عضو	بررسی موقعیت هایی که راه حل جدید می تواند قابلیت کاربرد داشته باشد و تفکر و ثبت توانایی های فردی که هنوز استفاده نشده است.
جلسه ششم	بازخورد و تحسین	بازخورد دادن اعضا به یکدیگر، در میان گذاشتن تجارب مشترک و برنامه ریزی جهت دیگر اهداف مهم	به کارگیری راه حل در یک موقعیت جدید و استفاده از یک ظرفیت و توانایی فردی.
جلسه هفتم	جشن تغییر	برجسته سازی و گفتگو درباره تغییرات اعضای گروه و بررسی مزایای تمرکز بر راه حل ها	ثبت بازخوردهای مثبت دیگران درباره کارایی راه حل شخصی و نوشتن یک نامه مثبت به خود.
جلسه هشتم	جمع بندی و پایان بخشی	مرور دستاوردها، اجرای پس آزمون، تعیین جلسه پیگیری و ملاقات با رهبر گروه (ترجیحاً شش هفته بعد از برگزاری آخرین جلسه گروه)	عمل طبق آموزه های گروه تا تشکیل جلسه پیگیری و ساخت راه حل های جدید برای مسائل جدید.

یافته ها

($P > 0.05$, $F = 4.88$). فراوانی و درصد مقطع تحصیلی گروه های مورد

بررسی به ترتیب در گروه آموزش واقعیت درمانی نه نفر (۶۰ درصد) پایه هشتم، سه نفر (۲۰ نفر) پایه نهم و سه نفر (۲۰ درصد) پایه دهم بودند. در گروه آموزش راه حل محور هفت نفر (۴۶/۷ درصد) پایه هشتم، پنج نفر (۳۳/۳ نفر) پایه نهم و سه نفر (۲۰ درصد) پایه دهم بودند. در گروه گواه پنج نفر (۳۳/۳ درصد) پایه هشتم، پنج نفر (۳۳/۳ نفر) پایه نهم و پنج نفر (۳۳/۳ درصد) پایه دهم بودند.

میانگین سنی (و انحراف استاندارد) سن نوجوانان دختر در گروه آموزش واقعیت درمانی ۱۵/۷۳ (و ۰/۷۹۸) با حداقل سن ۱۵ و حداکثر ۱۷ سال بود، میانگین (و انحراف استاندارد) سنی گروه آموزش راه حل محور ۱۵/۷۸ (و ۰/۸۰۱) با حداقل سن ۱۵ و حداکثر ۱۷ سال بود و میانگین (و انحراف استاندارد) سن گروه گواه ۱۶ (و ۰/۸۴۵) می باشد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راه نشان داد که بین گروه ها از نظر سن تفاوتی وجود ندارد

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی در پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری گروه های مورد مطالعه

متغیر	موقعیت	واقعیت درمانی		درمان راه حل محور		گروه گواه		ضرب آلفا [n=۴۵]
		SD	M	SD	M	SD	M	
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۳/۳۴	۳۳/۷۳	۳/۹۵	۳۵/۶۲	۳/۳۱	۳۴/۸۶	۰/۸۴
	پس آزمون	۳/۳۱	۳۸	۳/۷۱	۳۹/۴۲	۳/۳۰	۳۵/۰۶	
	پیگیری	۳/۱۵	۴۱/۱۳	۳/۶۳	۴۲/۴۲	۴/۴۹	۳۵/۵۳	
	پیش آزمون	۰/۲۳۷	۰/۹۲۶	۰/۰۵۱	۰/۸۷۶	۰/۲۳۵	۰/۹۲۶	
شاپیرو ویلک	پس آزمون	۰/۰۲۴	۰/۸۶۰	۰/۴۴۵	۰/۹۴۲	۰/۳۲۱	۰/۹۳۵	$P > 0.05$
	پیگیری	۰/۰۱۰	۰/۸۳۲	۰/۳۱۳	۰/۹۳۱	۰/۷۹۳	۰/۹۶۶	

تفکیک گروه) به دست آمده است. با توجه به جدول میانگین پیش آزمون نمرات کیفیت زندگی در گروه آموزش واقعیت درمانی ۳۳/۷۳ (و ۳/۳۴)،

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کیفیت زندگی در سه موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (به

جدول ۴. نتایج آزمون باکس، لوین و کروییت موچلی جهت رعایت پیش فرض های تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر بر روی متغیر وابسته

P	F	DF ₂	DF ₁	BOX'SM	
۰/۰۳۸	۱/۸۳۴	۸۰۵۸/۳۷۹	۱۲	۲۴/۶۵۰	
P	DF2	DF1	لون	موقعیت	متغیر
۰/۴۳۸	۴۱	۲	۰/۸۴۳	پیش آزمون	کیفیت زندگی
۰/۸۶۰	۴۱	۲	۰/۱۵۱	پس آزمون	
۰/۹۳۸	۴۱	۲	۰/۰۶۴	پیگیری	

نتایج مفروضه همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس ($P \leq 0/038$)،
 ماتریس‌های واریانس/کواریانس به‌درستی برای متغیر کیفیت زندگی
 رعایت شده است. همچنین بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن
 برای متغیر تعارضات خانوادگی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و
 پیگیری، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج
 آزمون کرویت موچلی شامل ضریب موچلی ($W = 0/596$)، تخمین
 ($X^2 = 20/721$)، $DF = 2$ ، $0/712$ = گرین هاوس و $0/766$ = هاین فلت،
 برای کیفیت زندگی معنی‌داری به دست آمد. لذا با توجه به
 معنادار شدن آزمون موچلی برای این متغیز از آزمون گرین هاوس- گیرز
 استفاده شد که در مقایسه با کرویت مفروض با اصلاحی در درجات آزادی
 آزمون محافظه کارانه تری است.

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها (آزمایش و کنترل) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین بین زمان‌های سنجش (پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد. در ادامه از آنجایی که بین گروه‌ها (آزمایش و کنترل) و تعامل (گروه، زمان و تعامل گروه × زمان) از لحاظ نمره کل کیفیت زندگی ($0/168 = \text{لامبدای ویلکز}$ ، $F= 28/046$ ، $P< 0/001$ ، $\eta^2= 0/59$) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل واریانس‌های آمیخته در متن مانوای تکراری روی نمره کل کیفیت زندگی مبادرت شد. جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در متن مانوای آمیخته را روی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

¹. Internal consistency

2. Box-Whisker Diagram

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر روی نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری کیفیت زندگی

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	p	اندازه اثر
	اثر پیلاپی	۰/۸۳۹	۱۴/۴۳۹	۴	۸۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۴۲
بین آزمودنی	لمبدای ویلکس	۰/۱۶۸	۲۸/۰۴۶	۴	۷۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۵۹
(گروه)	اثر هتلینگ	۴/۹۰۵	۴۶/۵۹۸	۴	۷۶	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۱
	بزرگترین ریشه ی روی	۴/۸۹۷	۹۷/۹۳۷	۲	۴۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۸۳
	اثر پیلاپی	۰/۹۱۹	۲۲۷/۰۲۴	۲	۴۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۱۹
درون آزمودنی	لمبدای ویلکس	۰/۰۸۱	۲۲۷/۰۲۴	۲	۴۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۱۹
(زمان)	اثر هتلینگ	۱۱/۳۵۱	۲۲۷/۰۲۴	۲	۴۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۱۹
	بزرگترین ریشه ی روی	۱۱/۳۵۱	۲۲۷/۰۲۴	۲	۴۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۱۹
	اثر پیلاپی	۰/۸۲۴	۱۴/۳۷۷	۴	۸۲	P≤۰/۰۰۱	۰/۴۱
درون آزمودنی	لمبدای ویلکس	۰/۱۸۰	۲۷/۱۳۶	۴	۸۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۵۷
(زمان × گروه)	اثر هتلینگ	۴/۵۳۰	۴۴/۱۶۵	۴	۷۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۶۹
	بزرگترین ریشه ی روی	۴/۵۲۴	۹۲/۷۴۷	۲	۴۱	P≤۰/۰۰۱	۰/۸۱

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر در متن مانوای آمیخته روی نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری کیفیت زندگی در گروه های مورد مطالعه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	اندازه اثر	توان آماری
بین آزمودنی (گروه)		۳۵۷/۸۶۰	۲	۱۷۸/۹۳۰	۵/۱۸۹	$P \leq ۰/۰۵$	۰/۲۰۲	۰/۸۰
درون آزمودنی (زمان)		۵۴۰/۸۸۰	۱/۵۳۳	۳۵۲/۸۵۵	۳۷۲/۸۱۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۰۱	۱
درون آزمودنی	کیفیت زندگی	۲۰۸/۸۲۰	۳/۰۶۶	۶۸/۱۱۴	۷۱/۹۶۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۷	۱
(زمان × گروه)								

* درجات آزادی پس از اصلاح لازم جهت برقرار نبودن مقروضه کرویت توسط نرم افزار محاسبه شده است.

** نسبت F گزارش شده بر اساس شاخص هاین فلت گزارش شده است.

همچنین اندازه اثر آموزش راه حل محور بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر در مرحله پس آزمون ۰/۲۲ و در مرحله پیگیری ۰/۴۲ است. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی، زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی دار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بونفرونی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که در کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایشی (واقعیت درمانی و درمان راه حل محور) با گروه گواه، تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) ولی بین میانگین نمرات کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایشی (واقعیت درمانی و درمان راه حل محور) تفاوت وجود ندارد ($P \geq ۰/۰۵$). به عبارت دیگر نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایشی واقعیت درمانی و درمان راه حل محور یک روند خطی افزایشی را داشته است. لازم به ذکر است میزان تأثیرات آموزش راه حل محور با توجه به اندازه اثر ۴۲ درصد در مرحله پیگیری بیشتر بوده است.

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود تأثیر گروه بر نمره کل کیفیت زندگی ($F_{(۲, ۴۱)} = ۵/۱۸۹$ ، $P < ۰/۰۰۱$) معنی دار می باشد. بنابراین می توان بیان کرد که بین میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی در دو گروه آزمایشی و گواه، تفاوت معنی داری وجود دارد. تأثیر زمان به وسیله آزمون هاین فلت برای کیفیت زندگی با اصلاح درجات آزادی ($P < ۰/۰۰۱$)، $F_{(۱/۵۳۳, ۸۲)} = ۳۷۲/۸۱۷$ معنی دار می باشد. بنابراین می توان بیان کرد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش در سه موقعیت پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه به وسیله آزمون هاین فلت برای متغیر کیفیت زندگی با اصلاح درجات آزادی بر روی نمره کل ($P < ۰/۰۰۱$)، $F_{(۳/۰۶۶, ۸۲)} = ۷۱/۹۶۸$ ، معنی دار می باشد. بنابراین می توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیر در گروه آزمایش متفاوت است. اندازه اثر واقعیت درمانی بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر در مرحله پس آزمون ۰/۲۰ و در مرحله پیگیری ۰/۳۳ است.

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات کیفیت زندگی آن در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	موقعیت	(J-1)	SD	P
کیفیت زندگی	واقعیت درمانی	درمان راه حل محور	۱/۴۲۹	۱/۲۸۰
	واقعیت درمانی	گروه گواه	۴/۳۶۲	۱/۲۸۰
	واقعیت درمانی	گروه گواه	۲/۹۳۳	۱/۲۵۸
	واقعیت درمانی	درمان راه حل محور	۱/۲۹۵	۱/۲۶۲
پیگیری	واقعیت درمانی	گروه گواه	۶/۸۹۵	۱/۲۶۲
	واقعیت درمانی	گروه گواه	۵/۶۰۰	۱/۲۴۰
	واقعیت درمانی	گروه گواه	۵/۶۰۰	۱/۲۴۰

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان راه حل محور بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر نشان داد که واقعیت درمانی بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر اثربخش بوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (کسماری و همکاران، ۱۴۰۰؛ نیروزاده، ۱۴۰۳؛ رن و همکاران، ۲۰۲۴) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می توان گفت، این واقعیت که همه دائماً در تلاش برای برآورده کردن این نیازهای اساسی هستند، در قلب واقعیت درمانی قرار دارد. واقعیت درمانگران معتقدند وقتی فردی احساس بدی دارد، به این دلیل است که یکی از پنج نیاز اصلی او برآورده نشده است. افرادی که در واقعیت درمانی شرکت می کنند، ممکن است راه هایی را یاد بگیرند تا از هرگونه افکار و اعمال منفی که ممکن است مانع از برآورده شدن نیازهایشان شود، آگاه تر شوند، زیرا طبق اصول واقعیت درمانی، تغییر اعمال فرد می تواند تأثیر مثبتی بر نحوه احساس فرد و توانایی او در دستیابی به خواسته هایش داشته باشد. این تغییرات در حالت ایده آل از طریق استفاده از نظریه انتخاب گلاسرخ می دهد که از سؤالاتی مانند «چه کاری انجام می دهید/چه کاری می توانید برای رسیدن به اهدافتان انجام دهید؟» استفاده می کند. در واقعیت درمانی، درمانگر ممکن است فرآیند درمانی را با هدایت توجه فرد از رفتارهای گذشته به سمت رفتارهایی که در زمان حال رخ می دهند، آغاز کند. بنابراین در جلسات گروهی دختران فاقد مادر یاد می گیرند که در ابتدا چه نیازهای از آن ها برآورده نشده است و الان در وضعیت فعلی چگونه می توانند آن نیاز را برآورده سازند (رن و همکاران، ۲۰۲۴). نیازهای فعلی، در مقایسه با نیازهای گذشته که برآورده نشده اند از اولویت بیشتری برخوردار هستند. زیرا نیازهایی هستند که می توانند ارضا

شوند. در جلسات گروهی واقعیت درمانی؛ درمانگران تمایل دارند که بر علائم فرد تمرکز نکنند، زیرا گلاسرخ معتقد بود که علائم پریشانی روانی در نتیجه قطع ارتباط فرد با دیگران آشکار می شود. و لذا افرادی که وارد واقعیت درمانی می شوند، عموماً یک مسئله خاص مورد توجه دارند و درمانگر ممکن است از آن ها بخواهد تا تأثیرات رفتارشان را بر آن حوزه در نظر بگیرند و به آن فرد کمک کند تا روی چیزهایی که واقعاً می توانند تغییر دهند تمرکز کند، نه چیزهایی که خارج از کنترل اوست (کسماری و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین در حوزه ادراک (آن چیزی که دریافت می کند از طریق حواس) ذهنیت او شفاف می شود از نظر رفتار (اهداف، تصمیمات و اقدامات) لازم را برای انجام عمل درست در وضعیت فعلی فراهم می سازد که منجر به تأثیرگذاری بر خود و دیگران می شود و در نهایت در حوزه اراده (چگونگی برخورد با چیزهای تغییرناپذیر، رسیدن به نتیجه گیری شفاف و متقاعد کننده و به درک جایگاه خود از جهان می رسد) که باعث توان مواجهه شدن فرد بادیای بیرون می شود.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر نشان داد که آموزش راه حل محور بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر اثربخش بوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (زاگ و پیگالا، ۲۰۲۴؛ تامپسون و همکاران، ۲۰۲۴؛ فو و همکاران، ۲۰۲۴) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می توان گفت، که درمان راه حل محور به افراد کمک می کند تا انعطاف پذیر باشند و در زمینه توانا ساختن آنها برای ساختن منابع روانی و همچنین مقابله موثر با مشکلات زندگی ضروری هستند. هیجانات مثبت احساس شده به وسیله افراد به عنوان یک عامل محافظتی و باورهای سلامتی در آینده نقش مهمی بازی می کند. افرادی که عاطفه مثبت بالایی دارند پراورزی و با روحیه هستند و از زندگی لذت می برند. در مقابل افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند، مضطرب، نگران و کم انرژی هستند. شواهد

وقت انجام داد؟ کنترل شده^۵ (C) آیا (عمدتاً) تحت کنترل و برنامه ریزی است؟ متعهد بودن^۶ (C) آیا تعهدی مکتوب شده یا با دست مهر و موم شده تنظیم شده است؟ سازگاری و تداوم^۷ (C) آیا طرح در کل از نظر سبک و رویکرد سازگار است؟ به همین خاطر برنامه ها می توانند در صورت نیاز اصلاح شوند و بر اساس میزان تکمیل آنها پیگیری شوند. در نهایت درمانگران با آگاهی ب مراجع در خصوص درک نیازها و خواسته های خود و تدوین برنامه ای برای برآورده کردن آن نیازها و در عین حال خودداری از انتقاد یا سرزنش دیگران، معتقدند که فرد ممکن است بتواند ارتباطات خود را با دیگران شکل دهد، اصلاح کند یا تقویت کند (گلسر، ۲۰۱۰).

در تبیین اثربخشی درمان راه حل محور می توان گفت هدف کلی درمان راه حل محور افزایش خود آگاهی هیجانی، تسهیل خود ادراکی بهتر و بهبود خود کنترلی و ارائه و خلق راه حل های مختلف توسط خود فرد برای رسیدن به وضعیت مطلوب است که به وسیله ی رشد مناسب مهارت های مسئله مدار است درمان راه حل محور کمک می کند تا هیجان های مخرب که به طور بارزی منفی، دارای سوگیری و خود منتقدانه هستند، شناسایی شوند (فو و همکاران، ۲۰۲۴). فرآیندهای خود نظارتی، آموزش، آزمایش و نتیجه ی آزمون این هیجان منفی که توسط هیجان های مثبت، متعادل و عملکردی جایگزین می شوند، موجب پذیرش نقاط قوت و موفقیت می شوند. مشکلات دلبستگی این افراد در روابط ساختاری مشخص می شوند، و مهارت های جدید حل مسأله شناختی، هیجانی و روش های رفتار کردن آموخته، امتحان، ارزیابی و تقویت می شوند. در حالی که احساسات ناخوشایند زیربنایی، با هیجان های خوشایندتر جایگزین می شوند، درک بیشتری از ماهیت و علل آن ها به دست می آید. و سر انجام این که مهارت های جدید حل مسأله موجب می شوند که با موقعیت های سخت به شیوه ای مناسب تر برخورد شود (تامپسون و همکاران، ۲۰۲۴). درمان راه حل محور نگرشی ساختارمند و عینی است که فرد را از طریق فرآیند ارزیابی، بیان مشکل، مداخله، کنترل و ارزشیابی راهنمایی می کند. اهداف این مداخله کاملاً مشخص اند و به طور مرتب واری می شوند. همچنین بر تغییر و میزان

پژوهشی موجود حاکی از ارتباط بین عاطفه مثبت با برقراری روابط اجتماعی گسترده، رفتار یاری رسانی، دقت، تمرکز و تصمیم گیری بالا است. در مقابل عاطفه منفی با شکایات ذهنی، توانایی مقابله پایین با فشار و استرس و اضطراب همراه است (فو همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر دختران نوجوانان با تمرین این مؤلفه ها می توانند در زندگی روزمره و در مقابله با موقعیت هایی (پرچالش) که از لحاظ هیجانی دچار مشکل می شده اند، مهارت های کنار آمدن و حل مسئله را فرا گیرد که نوعی ترکیب درمان رفتاری و حمایتی با حل مسئله شناختی است (تامپسون و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین کاهش رفتارهای مخمل کیفیت زندگی، توانایی در حل تعارضات بین فردی و بهبود روابط بین شخصی، افزایش اعتماد بنفس، و کاهش تجربه های ناخوشایند روزانه، بی ثباتی عاطفی، توانایی تنظیم و تعدیل هیجانات منفی (سرکوبی، سرزنش، مقصر سازی و فاجعه پنداری) و تنش و عصبانیت همراه آن با آموزش مهارت های حل مسئله حاصل شود، که این امر باعث می شود نوجوانان دختر از روابط اجتماعی مطلوب تر برخوردار شوند و این روابط به عنوان یک عامل حمایت کننده بیرونی در شرایط پر تنش و استرس زا زمینه را برای بهبود کیفیت زندگی آن ها فراهم سازد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر نشان داد که بین واقعیت درمانی و درمان راه حل محور از نظر اثربخشی بر کیفیت زندگی دختران فاقد مادر تفاوتی وجود ندارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (کسماری و همکاران، ۱۴۰۰؛ نیروزاده، ۱۴۰۳؛ رن و همکاران، ۲۰۲۴؛ فو و همکاران، ۲۰۲۴؛ تامپسون و همکاران، ۲۰۲۴) همخوانی دارد. در تبیین عدم تفاوت بین روش های مداخله می توان گفت، آن چیزی که در واقعیت درمانی اهمیت دارد اول برنامه ریزی و تعیین اهداف به عنوان بخش جدایی ناپذیر درمان است. در این مداخله با کار بر روی یک برنامه عملی و توافق با مراجع، از مخفف SAMIC3 استفاده می شود تا بررسی کنید که آیا همه عناصر حیاتی در نظر گرفته شده اند یا خیر. این مخفف شامل مواردی از قبیل سادگی^۱ (S) آیا طرح ساده و قابل فهم است؟ قابل دستیابی بودن^۲ (A) آیا واقعاً قابل دستیابی است؟ قابل اندازه گیری^۳ (M) قابل اندازه گیری است؟ ضروری و فوری^۴ (I) آیا می توان آن را در اسرع

^۵. Controlled

^۶. Committed to

^۷. Consistent

^۱. Simple

^۲. Attainable

^۳. Measurable

^۴. Immediate

کاربرد رفتار (فراوانی رفتار نا مناسب، قدرت باور به افکار مخرب یا میزان نگرانی) نیز تأکید می شود. نظارت و بررسی منظم با مقایسه‌ی عملکرد جاری نسبت به خط پایه معیاری برای ارزیابی پیشرفت به دست می دهد. در نهایت باید توجه داشت که مؤثر بودن مداخله‌های درمانی به عوامل و شرایط مختلف بستگی دارد. مناسب بودن و موفقیت آمیز بودن برنامه‌ها از اصل همه یا هیچ پیروی نمی کند و مؤثر بودن هر برنامه‌ای بر حسب شرایط اجرا، ویژگی‌های شرکت کنندگان و سطح تخصص مجریان متغیر خواهد بود. البته اصول حاکم بر برنامه‌های مؤثر، نسبتاً یکسان است و برنامه‌هایی که پایه‌های نظری آن‌ها از استحکام بیشتری برخوردار است، ساختار مشابهی دارند. با این وجود بسیاری از برنامه‌ها در تعامل با موقعیت‌های مختلف، انعطاف پیدا می کنند. با توجه به متغیر بودن شرایط اجرا (ماهیت شرکت کنندگان، سطح دانش و تخصص درمانگران و مربیان و منابع و امکانات اجرایی) رعایت اصل انعطاف‌پذیری در برنامه‌های آموزشی اجتناب‌ناپذیر است. مداخله‌های بارویکرد درمانی (واقعیت درمانی و درمان راه حل محور) بر روی پایه‌های نسبتاً محکم استقرار یافته‌اند؛ به همین دلیل مؤثر بودن مداخله‌های مورد بحث، دور از انتظار نیست.

این پژوهش با محدودیت‌های چندی همراه بود که برخی از آن‌ها از این قرار می باشند: از جمله محدودیت‌های این پژوهش تعداد کم آزمودنی‌ها بود که در اغلب پژوهش‌های آزمایشی مشاهده شده و تعمیم نتایج را تا حدی دچار مشکل می سازد. علاوه بر این، تعداد کم آزمودنی‌ها توان آماری را پایین آورده و تجزیه و تحلیل نتایج را با دشواری مواجه می کند، مختص بودن مطالعه به دختران نوجوان فاقد مادر شهر تهران که تعمیم یافته‌ها را به سایر مناطق با محدودیت مواجه می سازد، استفاده صرف از پرسشنامه به منظور گردآوری اطلاعات در این تحقیق قدرت تعمیم یافته‌ها را به جامعه زوجین محدود می کند که این امر محدودیت دوم این مطالعه بود، تحقیق حاضر صرفاً در بین دختران فاقد مادر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر تهران انجام شد، بنابراین قدرت تعمیم یافته‌ها را به همه افراد جامعه محدود می کند که این امر محدودیت این مطالعه بود، کنترل نکردن شدت آشفتگی، و اختلالات روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی، سوگ و... در طول اجرای پژوهش محدودیت دیگر این مطالعه بود، به دلیل ملاحظات اخلاقی

امکان ارائه یک روش پلاسیبو برای گروه گواه، برای خنثی کردن اثر توجه درمانگر و سایر اعضای گروه بر نتیجه درمانی وجود نداشت و عدم اجرای مرحله پیگیری دوم در پژوهش به دلیل محدودیت زمانی از دیگر محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. با توجه به این که اغلب این دختران در جریان از دست دادن مادر دچار آشفتگی‌های هیجانی خاصی وارد درمان می شوند و سطوح پایینی از سازگاری، اعتماد، صمیمیت، عزت نفس و خودکارآمدی و هیجان‌های منفی مانند اضطراب، غم، نگرانی را گزارش می کنند و بسیاری از آن‌ها احساس شکست هیجانی می کنند و تلاش‌های آنها در احیای صمیمیت با دیگران بخاطر از دست دادن منبع دلبستگی با شکست مواجه شده است و با شیوه‌های محدود شده‌ای مانند اجتناب و کناره‌گیری، سرزنش و انتقاد، دفاعی بودن با دیگران ارتباط برقرار می کنند، و با توجه به اثربخشی رویکردهای واقعیت درمانی و درمان راه حل محور در کار با این مسائل در پژوهش‌های مختلف و در پژوهش حاضر، لذا پیشنهاد می شود که آموزش این دو شیوه درمانی در لیست برنامه‌های آموزشی مدارس برای این دسته از نوجوانان قرار گیرد تا درمانگران بتوانند با توجه به این دو رویکرد به درمان مشکلات این افراد اقدام کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و دانش‌آموزان دختر، مدیران و مشاوران مدارس که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

کسماری، فاطمه؛ قدمی، مجید؛ کشاورز افشار، حسین و احقر، قدسی (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی آدلری و واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دوره متوسطه اول شهر تهران. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۱)، ۶۹۱-۷۰۰.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1046-fa.html>

مامشریفی، پیمان؛ اکبری بجندی، نگار؛ و اسدی، نازنین. (۱۳۹۹). تدوین مدل

پیش بینی اعتیاد به اینترنت بر اساس کیفیت زندگی و رضایت از زندگی:

نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله با استرس. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹

(۸۹)، ۵۵۱-۵۴۱.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.89.11.5>

نیروزاده، نیکو (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی و درمان

عقلانی هیجانی رفتاری بر شایستگی اجتماعی نوجوانان دختر. *مجله علوم*

روانشناختی، ۲۲ (۱۲۳)، ۴۹۱-۵۰۸.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-2023-fa.html>

نیک آذین، امیر؛ نائینیان، محمدرضا و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۱). روایی و پایایی

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین ۲۷ گویه‌ای در

نمونه‌ای از دانش آموزان ایرانی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی*

ایران، ۱۸ (۴)، ۳۱۰-۳۲۱.

<http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1937-fa.html>

References

American Psychological Association (2021). (n.d.). Reality therapy. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved November 3, 2021, from <https://dictionary.apa.org/reality-therapy>

Barker D. J. (2007). The origins of the developmental origins theory. *Journal of internal medicine*, 261(5), 412-417. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2007.01809.x>

Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain sciences*, 2(4), 637-638. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00064955>

Bowring, J., Evans, S., Parigi, E., Karantzas, G., Snelling, D., Baker, E., & Mikocka-Walus, A. (2024). Daughter Adjustment to Life Following the Death of Their Mother: Scoping Review. *Journal of Loss and Trauma*, 30(4), 417-458. <https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2402379>

Bowring, J., Parigi, E., Karantzas, G., Chesterman, S., Naude, C., Cheah, S., Evans, S., Skvarc, D.,

Snelling, D., Baker, E., & Mikocka-Walus, A. (2025). Biopsychosocial impacts of mother loss on daughters in Australia: Cross-sectional study. *Death studies*, 1-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2491571>

Cáceres-Manrique, F. M., Parra-Prada, L. M., & Pico-Espinosa, O. J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia [Health-related quality of life in the general population of Bucaramanga, Colombia]. *Revista de salud publica (Bogota, Colombia)*, 20(2), 147-154.

<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.43391>

Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., & Cohen, E. (2020). Health Outcomes of Parents of Children with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of pediatrics*, 218, 166-177.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.10.068>

Cooper, Z. W., Mowbray, O., Ali, M. K., & Johnson, L. C. M. (2024). Addressing depression and comorbid health conditions through solution-focused brief therapy in an integrated care setting: a randomized clinical trial. *BMC primary care*, 25(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02561-8>

Foo, C. Y. S., Hui, T., Ngaiman, N. K. B., Dahjalarrajah, D. S., Chua, Y. C., Lee, Y. P., Abidin, E., Vaingankar, J. A., & Tang, C. (2024). Efficacy of solution-focused brief therapy versus case management for psychological distress in adolescents and young adults in a community-based youth mental health service in Singapore: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 14(12), e081603. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081603>

García Pérez, A., González-Aragón Pineda, Á. E., & Gonzalez Olivares, H. (2021). Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status, mother's level of education, dental visits and severity of malocclusion in mixed dentition of eight-to-ten-year-old schoolchildren. *PeerJ*, 9, e12062. <https://doi.org/10.7717/peerj.12062>

Glasser, W. (2010). *Reality therapy: A new approach to psychiatry* (rev. ed.). Harper Collins.

Hoffman, D. J., Reynolds, R. M., & Hardy, D. B. (2017). Developmental origins of health and disease: current knowledge and potential mechanisms. *Nutrition reviews*, 75(12), 951-970. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nux053>

Kamsari, F., Ghadami, M., Keshavarzafshar, H., & Ahghar, G. (2021). Comprehensive the effects of

- adlerian group counseling and reality therapy grouping on well-being in students of middle school in tehran city. *Journal of Psychological Science*, 20(101), 691-700. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1046-fa.html>
- Kumari, R., Seth, A. K., Singh, Y., Aravindan, N., & Nath, B. (2024). Health-Related Quality of Life and its Determinants among School-going Adolescents: A Cross-sectional Study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 12(3), 199–213. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2024.101716.2442>
- Lester, B. M., Conradt, E., LaGasse, L. L., Tronick, E. Z., Padbury, J. F., & Marsit, C. J. (2018). Epigenetic Programming by Maternal Behavior in the Human Infant. *Pediatrics*, 142(4), e20171890. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1890>
- Mamsharifi P, Akbari Bejandi N, Asadi N. (2020). Internet addiction prediction modeling based on quality of life and life satisfaction: the mediating role of stress coping strategies. *Journal of Psychological Science*. 19(89), 541-551. (In Persian). <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.89.11.5>
- Magakwe, T. S. S., Hansraj, R., & Xulu-Kasaba, Z. N. (2024). Vision-Specific Tools for the Assessment of Health-Related Quality of Life (HR-QoL) in Children and Adolescents with Visual Impairment: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 21(8), 1009. <https://doi.org/10.3390/ijerph21081009>
- Nik-Azin, A., Naeinian, M. R., & Shairi, M. R. (2013). Validity and reliability of Health Related Quality of Life Questionnaire" KIDSCREEN-27" in a sample of Iranian students. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 18 (4), 310-321 <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1937-fa.html>
- Nirouzadeh, N. (2023). Comparison of the efficacy of education based on reality therapy and rational emotional behavioral therapy on the social competence of adolescent girls. *Journal of Psychological Science*. 22(123), 491-508. [Doi:10.52547/JPS.22.123.491](https://doi.org/10.52547/JPS.22.123.491) <http://psychologicalscience.ir/article-1-2023-fa.html>
- Olana, D. D., Abessa, T. G., Lamba, D., Triccas, L. T., & Bonnechere, B. (2025). Effect of virtual reality-based upper limb training on activity of daily living and quality of life among stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 22(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12984-025-01603-1>
- Pourdel, M., & Sodani, M. (2022). The effectiveness of solution-based treatment on quality of life and psychological resilience of abused women with addiction readiness. *Journal Police Medicine* 11 (1): e11. <http://jpmed.ir/article-1-1052-fa.html>
- Prout, H.T., & Fedewa, A.L. (2015). Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory and practice for school and clinical settings. John Wiley & Sons, Inc. Retrieved from http://media.wiley.com/product_data/excerpt/87/11187726/1118772687-11.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & European KIDSCREEN Group (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 16(8), 1347–1356. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9240-2>
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Auquier, P., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & KIDSCREEN Group (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(4), 645–658. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x>
- Ren, L., Wang, Y., Jiang, H., Chen, M., Xia, L., & Dong, C. (2024). Development of a theory-based family resilience intervention program for parents of children with chronic diseases: A Delphi study. *Journal of pediatric nursing*, 74, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.11.020>
- Robitail, S., Ravens-Sieberer, U., Simeoni, M. C., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., Auquier, P., & KIDSCREEN Group (2007). Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 16(8),

- 1335–1345. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9241-1>
- Rodríguez-Grande, E. I., Díaz Galvis, M. L., Prieto, P. C. M., Vargas-Pinilla, O. C., Torres-Narváez, M. R., & Malagón, N. R. (2024). Instruments for the assessment of quality of life in children and adolescents with Down syndrome: a scoping review. *BMC pediatrics*, 24(1), 688. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05028-y>
- Thompson, P. A., Moody, G., Coulman, E., Owen-Jones, E., Patel, F., Gray, K. M., Hastings, R. P., Longman, A., Lugg-Widger, F., Segrott, J., Badger, J., Flynn, S., Langdon, P. E., & Playle, R. (2024). Correction: Statistical analysis plan for the SOLUTIONS randomised controlled trial with internal pilot: Solution Focused Brief Therapy (SFBT) in 10-17-year-olds presenting at police custody. *Trials*, 25(1), 675. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08529-4>
- Wright R. O. (2018). "Motherless Children Have the Hardest Time": Epigenetic Programming and Early Life Environment. *Pediatrics*, 142(4), e20181528. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1528>
- Wubbolding, R. E. (2017). *Reality therapy and self-evaluation: The key to client change*. American Counseling Association. org/publications/aca-books/view/reality-therapy-and-self-evaluation--the-key-to-client-change
- Žak, A. M., & Pękala, K. (2024). Effectiveness of solution-focused brief therapy: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2406540>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی