

اثر بخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت بر کاهش افسردگی زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی

کبری قادری^۱، خدیجه آرین^۲، مجتبی حبیبی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: از آنجایی که زنان نقش‌های چندگانه‌ای از قبیل فرزندپروری، خانه‌داری و نیز برخی از زنان، شغل بیرون از منزل و سرپرستی خانواده را بر عهده دارند، حالات روانی آنان تأثیر بسزایی در کارکرد خانواده و ایفای نقش‌های آنان به ویژه فرزندپروری دارد. میزان بالاتر افسردگی در میان زنان، یک نیاز اضطراری برای سبب‌شناسی، پیشگیری و راهبردهای درمانی وابسته به جنسیت را نشان می‌دهد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت بر کاهش افسردگی زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی بوده است.

مواد و روش‌ها: با استفاده از روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه از جامعه آماری زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی کاشان یک نمونه به صورت تصادفی ساده (نامحدود) به تعداد ۳۰ نفر بر اساس داشتن نمرات افسردگی متوسط به بالا در مقیاس افسردگی بک انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم یافتند. برای انجام مداخله درمانی در طی ۸ جلسه هفتگی، درمان راه حل مدار کوتاه مدت در گروه آزمایش اجرا شد و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS 19 تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل نتایج نشان داد که درمان راه حل مدار کوتاه مدت به طور معنی‌دار در کاهش افسردگی زنان ($P < 0/001$) مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس این مطالعه می‌توان گفت که درمان راه حل مدار کوتاه مدت می‌تواند با تمرکز بر نشانگان افسردگی در زنان منجر به کاهش افسردگی و بهبود زندگی گردد. بنابراین در کلینیک‌ها و محیط‌های درمانی از این روش می‌توان برای کمک به زنان برای درمان افسردگی آنان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، درمان راه حل مدار کوتاه مدت

ارجاع: قادری کبری، آرین خدیجه، حبیبی مجتبی. اثر بخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت بر کاهش افسردگی زنان تحت سرپرستی سازمان

بهزیستی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۳): ۴۴۰-۴۳۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۸

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۱۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی تهران، سرمربی مرکز اوتیسم اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: mo_habibi@sbu.ac.ir

۲. استادیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

۳. دانشیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

مقدمه

بدین صورت که افسردگی با ویژگی کاهش عملکرد (یعنی تغییرات در فعالیت روان‌شناختی، عدم توانایی در تمرکز حواس، کاهش لذت در عملکردهای شغلی و ارتباطات بین‌فردی) در فرد تعریف می‌شود و به‌طور متقابل باعث ایجاد و یا ماندگاری

افسردگی متداول‌ترین بیماری روانی در میان زنان است و حدوداً ۲۵٪ از جمعیت زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). بین افسردگی و عملکرد آسیب‌زا، رابطه‌ای دوجانبه وجود دارد،

راه‌حل‌محوری که امکان دسترسی به اهدافشان را به آنان می‌دهد را تکرار نمایند (۱۰-۹).

پژوهشگران نشان دادند که بین افسردگی و رویدادهای ناخوشایند در زندگی فرد همبستگی مثبتی وجود دارد، به علاوه تحقیقات نشان داده است که افراد افسرده کمتر در فعالیتهای مثبت و لذت‌بخش شرکت می‌کنند (۱۱). توجه به یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی یعنی افسردگی در زندگی زنان و هم‌چنین اهمیت بهداشت روانی فرد، جامعه، پیشگیری، درمان اختلالات روانی و نیاز جامعه به تحقیقاتی در این زمینه از اهمیت بسزایی برخوردار است. افسردگی یکی از اختلالات شایع در حوزه‌ی آسیب‌شناسی روانی و یک مسئله مهم جهانی است. یافته‌های سبب‌شناسی سلامت‌روانی - اجتماعی، تفاوت جنسیت را یکی از با ثبات‌ترین علل پیدایش افسردگی دانسته‌اند. با این وجود عوامل افزایش افسردگی زنان بر رویدادهای پر تنش زندگی مثل جدایی و مسایل شغلی تأثیر دارند. برخی مدل‌ها نشان می‌دهند که تفاوت جنسیتی در افسردگی به این دلیل است که زنان با چنین رویدادهایی بیشتر روبرو می‌شوند (۱۲). در واقع افسردگی در همه افراد بروز می‌کند، ولی تعداد زنان افسرده دو برابر مردان برآورد شده است. در ضمن زنان فشارهای اجتماعی بیشتری را نسبت به مردان تحمل می‌کنند، که مشابه این فشارها در مورد مردان خیلی به ندرت اتفاق می‌افتد (۱۳). با بررسی بیشتر تأثیر تفاوت‌های جنسیتی بر افسردگی و واکنش‌های روان‌شناختی می‌توان گفت که چاقی، اضافه‌وزن، دیابت، فشارخون و درگیری‌های خانوادگی مشکلات توأمان افسردگی هستند (۱۴). علاوه بر دلایل ذکر شده عواملی چون تغییرات هورمونی، دوران بارداری، زایمان و... که از ویژگی‌های مختص به جنسیت زنانه می‌باشند و در آسیب‌پذیری زنان نسبت به معضل افسردگی مؤثر هستند (۱۵).

جامعه این پژوهش یعنی زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی با مشکلاتی مضاعف، مانند بیماری همسرانشان (روانی، جسمانی) و متعاقب آن مشکلات مالی و... دست و پنجه نرم می‌کنند (۱۶). با توجه به این واقعیت که نمونه مورد مطالعه این پژوهش سرپرست خانوار بودند و دارای فرزند

افسردگی می‌شود و عملکرد آسیب‌زا را دامن می‌زند (۲). این مهم که سلامت‌روانی زنان با کیفیت سلامت‌روان افراد خانواده (همسر، فرزندان و...) رابطه معنی‌داری دارد غیرقابل اغماض است. پژوهش‌ها همواره تأثیر سلامت روان افراد بر سلامت جسمانی آنان را تأیید کرده‌اند. بک‌علایم افسردگی را در چهار مقوله ذیل طبقه‌بندی می‌کند: نشانگان احساسی - انگیزشی، رفتاری، جسمانی، تحریف‌های ادراکی و شناختی (۳). در جوامع شهری، افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌ها است و دیگر منحصر به غرب نیست، چون در جوامع شهری نیز به وفور یافت می‌شود. تازه‌ترین پیش‌بینی کارشناسان در غرب حاکی از آن است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی، افسردگی به دومین عامل ناتوان‌کننده‌ی بشر تبدیل خواهد شد (۴).

پژوهشگران دریافته‌اند که افراد افسرده وقتی آموزش داده می‌شوند که در زندگی به فعالیت‌های فرحبخش بیشتری رو بیاورند روحیه مثبت‌تری پیدا می‌کنند (۵). در پژوهشی با عنوان تأثیر امیددرمانی بر کاهش افسردگی زنان دیابتیک نشان داده شد، که امید درمانی بر کاهش افسردگی زنان دیابتیک تأثیر دارد (۶). در مطالعه‌ای با بررسی رویکرد روایت‌درمانی بر کاهش افسردگی زنان دانشجوی خوابگاهی نشان داده شد، رویکرد روایت‌درمانی بر کاهش افسردگی زنان مؤثر است (۷). بررسی‌های دیگر نیز نشانگر اثربخشی رویکرد راه‌حل‌محور (راه حل‌مدار) در درمان افسردگی دانشجویان بوده است (۸). هم‌چنین پژوهشی که با مضمون تغییر تمرکز درمان از مراجع به تمرکز بر راه‌حل، انجام گرفت، نشان داد گوش دادن به گفته‌های مراجع و حمایت یاورانه از او در این جریان یک روش بسیار مناسب درمانی می‌باشد (۸).

درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت یک رویکرد پست‌مدرن در خانواده درمانی است که با توجه به توانایی‌ها و قابلیت‌های افراد، آنان را در دستیابی به "راه‌حل‌ها" و جستجو در "استثنائات" یاری می‌دهد. در این درمان هیچ چیز غیرقابل تغییری وجود ندارد و تنها بر راه‌حل‌ها و قدرت زبان تأکید می‌شود. در اینجا به افراد کمک می‌شود که تصورات ذهنی خودشان را بر موضوع راه‌حل‌ها شکل‌داده و رفتارهای

آزمون‌ها توسط این دو همکار انجام شد. سپس آزمون افسردگی بک به عنوان پیش‌آزمون در مورد دو گروه اجرا شد و در ۸ جلسه هفتگی، ۴۵ دقیقه‌ای، درمان راه‌حل‌مدار-کوتاه‌مدت در مورد گروه آزمایش اجرا گردید و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد.

شیوه اجرا

جلسه اول اهداف تعیین چارچوب‌ها و بیان اصول کلی مشاوره راه حل مدار

روش اجرا: ابتدا مشاور به معرفی خود و آشنایی هرچه بیشتر با شرکت کنندگان پرداخت و اصول و قواعد مشاوره را برای آنان توضیح داد. جلسه توسط یکی از روانشناس‌های بالینی اجرا و توسط دیگری نظارت می‌شد. لزوم شرکت در تمام جلسات و حضور به موقع در روزها و ساعات تعیین شده را به آنان یاد آور شد پیش‌آزمون در این جلسه اجرا شد.

تکلیف: به عنوان تکلیف از شرکت کنندگان خواسته شد تا اهداف خود از شرکت در جلسات مشاوره را نوشته و در جلسه بعد همراه خود بیاورند. **اهداف** تدوین اهداف به صورت مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری.

روش اجرا: در آغاز جلسه، مشاور از شرکت کنندگان خواست تا اهداف خود از شرکت در جلسات مشاوره را که در منزل نوشته و همراه خود آورده اند بیان کند. و چنانچه اهداف مکتوب توسط افراد مبهم بود در این زمینه آموزش داده شد، تا افراد بتوانند اهداف خود را به صورت مثبت، دقیق و ملموس تعیین کنند. از آنان خواسته شد راجع به مشکل خود به راحتی حرف بزنند و بگویند که هدف آنان از آمدن به این جا چیست؟ و برای چه این جا هستند؟ از آنان خواسته شد که احساسات و ناراحتی‌هایشان را از صفر تا ده درجه بندی کنند و راه حل‌هایی که باعث می‌شود تغییرات مثبت در آنان ایجاد شوند را بیان نمایند و ضمناً به آنان

بودند اهمیت و نقش کلیدی مادرانه آنان در خانواده، مسئولیت آنها را دوچندان کرده است، و شرایط زندگی آنان را با محدودیت‌های اقتصادی و اجتماعی روبرو ساخته که این عوامل احتمال ابتلاء به افسردگی را در آنان افزایش داده است (۱۷). درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت بر گرفته از رویکرد پست‌مدرن، رویکردی به روان‌درمانی است که به جای حل مشکل بر ساختن راه‌حل‌ها مبتنی است. این رویکرد به جای توجه به مشکلات فعلی و جستجوی علت‌های گذشته بر امکانات و توانایی‌های مراجع دیدگاهی امیدوارانه به آینده فرد دارد (۱۰). با توجه به موارد فوق و شیوع بالای افسردگی به ویژه در زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی، انجام پژوهش حاضر می‌تواند کمکی به درمان‌های غیردارویی و بدون عوارض به زنان افسرده باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار-کوتاه‌مدت بر کاهش افسردگی زنان انجام شده است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی کاشان (تقریباً حدود ۱۰۰ نفر) طی سال ۹۰-۱۳۸۹ بودند. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی ساده بود. از میان ۱۰۰ نفر از جامعه آماری که آزمون افسردگی بک در مورد آنان اجرا شد ۳۰ نفری که نمرات آنها در دامنه افسردگی متوسط تا شدید بودند، انتخاب شدند. تمام زنان گروه نمونه، تنها و بدون همسر زندگی می‌کردند آن‌ها سرپرست خانواده بودند، و هرکدام ۲ تا ۳ فرزند داشتند. هم‌زمان طی پژوهش حاضر هیچ کدام از افراد گروه نمونه دارویی برای درمان افسردگی مصرف نمی‌کردند. همچنین پژوهش حاضر بدون کورسازی با آگاهی بیماران و پژوهشگران انجام شد. از این تعداد، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. بر اساس قوانین که تعیین شد اگر شرکت کننده‌ای بیش از دو جلسه غیبت می‌کرد دیگر حق شرکت در جلسات را نداشت. ارزیاب‌ها دونفر (هر دو نفر ارشد بالینی) بودند، که هم پیش‌آزمون و هم پس

توصیه شد تا انتظارات خودشان را از زندگی به صورت دقیق و واضح بیان کنند تا بتوانند به ارزیابی امکانات خود در راستای رسیدن به خواسته هایشان بپردازند

تکلیف: مشاور از شرکت کنندگان در خواست کرد در مورد پرسش معجزه «فرض کنید امشب معجزه ای روی دهد و زمانی که شما خواب هستید مشکلات شما کاملاً حل شود، شما چگونه متوجه می شوید؟ چه چیزی در زندگیتان متفاوت خواهد بود؟ فردا صبح چه چیزی توجه شما را جلب کرده و به شما می گوید که معجزه ای رخ داده است؟ اطرافیان شما به چه چیزی توجه خواهند کرد؟» هر چه به ذهنتان می رسد را مکتوب کرده و به جلسه آینده گروه بیاورند.

جلسه سوم

اهداف: حذف الگوهای مخل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه آسا.
روش اجرا: در آغاز جلسه شرکت کنندگان تکلیف جلسه قبل را به مشاور ارائه دادند، پس از آن درباره پاسخ های ارائه شده شرکت کنندگان بحث و تبادل نظر گردید و مشاور در این میان، آنها را راهنمایی کرد تا به جنبه های مختلف راه حل هایی که در پاسخ آنان نهفته و قبلاً در زندگی آن ها اتفاق افتاده پی ببرند و برای آنان توضیح داد که در حقیقت آنان بخش هایی از این معجزه را در زندگی خود داشته اند اما به آن توجه نکرده **تکلیف:** از شرکت کنندگان خواسته شد تا توانمندی های خود شان را یادداشت کرده و در جلسه آتی همراه خودشان بیاورند.

جلسه چهارم

اهداف: پی بردن به وجود استثنائات مثبت در زندگی و افزایش سطح امید واری آنان و کاهش حوزه مشکلات
روش اجرا: در آغاز جلسه شرکت کنندگان تکلیف جلسات قبل خود را ارائه دادند و به بحث در مورد موارد استثنایی که در زندگی شان داشته اند

پرداختند. در ادامه، مشاور به آنان گفت که برای تغییر دادن مشکلات و ماجراهای پیش آمده، به دنبال معایب و کوتاهی های خود و دیگران نباشند بلکه رفتارهای مثبت را در نظر آورده و دقت کنند که در آن زمان چه چیز متفاوتی پیش می آید. در این حال همچنین مشاور از آنان پرسید: «در گذشته زمانی که شما احساس غمگینی نمی کردید و راضی بودید، چه کار متفاوتی انجام می دادید **تکلیف:** در خواست از اعضاء جهت پاسخ به این سوال و آوردن جواب در گروه «افرادی که با مشکلی شبیه مشکل خودتان، مواجه بودند چگونه مشکلشان را حل کرده اند؟ و شما چه راه حلی برای آن می یابید؟»

جلسه

پنجم

اهداف: پی بردن به توانمندی های خود و توانایی تحسین یکدیگر در زمان های لازم.
روش اجرا: مشاور در آغاز جلسه، از مراجعان خواست تا اهدافی را که به روش صحیح نوشته و تعیین کرده اند بیان نمایند و مراجعان به ارائه صحیح هدفشان از سوی مشاور مورد تحسین قرار گرفتند تا در یابند که می تواند از منابع و قابلیت های خود به طرز مطلوبی استفاده نمایند. در ادامه مشاور موقعیت خاصی از زندگی (مثلاً گوشه گیری و انزوا طلبی یکی از افراد خانواده) را برای مراجعان بیان نمود و از آنان خواست تا تعبیر خود از آن ماجرا را بیان کنند و بگویند اگر دیگران چنین مشکلی داشتند چه کاری انجام می دادند؟ و زمانی که مشکل حل شده باشد چه کار متفاوتی انجام خواهند داد؟ همچنین مشاور به آنان یادآوری کرد که افراد مختلف از یک واقعه تعبیر مختلفی دارند و هر یک بر اساس تعبیر خود نسبت به آن واقعه واکنش نشان می دهد به همین جهت تغییر دیدگاه، موجب تغییر رفتار می گردد. **تکلیف:** از شرکت کنندگان در خواست شد در مورد کارها و رفتار های متفاوت با رفتارهای کنونی خود در ارتباط با

تکلیف: از اعضا خواسته شد تا جلسه بعد در خصوص این سوال بیندیشند و جواب آن را یادداشت کرده و با خود به گروه بیاورند. «فرض کنید قرار است در پایان جلسات مشاوره گروهی عکسی از خود را برای یکی از دوستانتان بفرستید. وقتی دوست شما این عکس را می بیند، احساس شما را چطور ارزیابی می کند؟ شما در عکس درحال چه فعالیتی هستید؟ او متوجه چه تغییراتی در شما می شود؟ و وضعیت کنونی شما را چگونه ارزیابی می کند؟»

جلسه هشتم
اهداف: جمع بندی مطالب گذشته، نتیجه گیری و اجرای پس آزمون.

روش اجرا: در آغاز جلسه شرکت کنندگان گزارش تکلیف جلسه قبلی خود را ارائه دادند و مشاور نتایج حاصل از این تمرین را به بحث گذاشت و به آنان یاد آوری کرد که آنان می توانند در هر زمانی که لازم می دانند این کار را انجام دهند. در مانگر به مراجعان گفت که راه حل مشکلات موجود در زندگی آنان در وجود خودشان نهفته است و افراد می توانند با کشف این راه حل ها به حل مشکلات خود بپردازند. در ادامه جلسه برگه ای که شامل تمام موضوعات مطرح شده در جلسات قبلی بود بین اعضاء گروه توزیع کرد و به طور خلاصه به مرور تمامی موضوعات مانند لحظات استثناء، پرسش معجزه و تغییرات ایجاد شده پرداختیم و هر عضو به مدت ۲ دقیقه از دستاوردهایش تعریف کرد و توسط اعضاء تشویق شدند و در آخر جلسه نیز پس آزمون اجرا گردید.

آزمون افسردگی بک، نسخه دوم BDI-II

این آزمون دارای ۲۱ پرسش مرتبط با نشانه های افسردگی است. از آزمودنی خواسته می شود که شدت این نشانه ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه ای از ۰ تا ۳ درجه بندی کند، دامنه نمره ها بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار دارد (۱۸ و ۲۰). نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش نامه به این ترتیب

مشکل شان فکر کرده و این که واژه "به جای" را در زندگی روزمره شان بگنجانند و در وضعیت های ناخوشایند که احساس افسردگی و بی حوصلگی آنان را منفعل می کند، به جای داشتن احساسات ناخوشایند چه احساسی می توانند داشته باشند، تا آنان را به سوی فعالیت کردن سوق دهد و چند نمونه از این موارد را ذکر کرده و در جلسه آینده با خودشان بیاورند.

جلسه نهم
اهداف: شرکت کنندگان راه و روش دیگری را برای طرز تفکر، احساس و عملکرد و رفتار خود در پیش گیرند و با به کار بردن واژه بسیار مهم (بجای) احساسات جدیدی را تجربه نمایند.

روش اجرا: در آغاز جلسه، شرکت کنندگان گزارش تکلیف جلسه قبل را ارائه داده و در زمینه سوال مطرح شده فکر کرده و نقطه نظرات خود را بیان کردند. در این میان مشاور نظرات آنان را به بحث و چالش کشانید تا جنبه های مختلف راه حل ها را دریابند. در ادامه به مراجعان فرصت داده شد تا به سوالات مطرح شده فکر کرده و سپس پاسخ دهند. مشاور در این بین پاسخ های ارائه شده را به بحث گذاشت و ضمن برجسته سازی راه حل های نهفته در پاسخ های مراجعان، آن ها را مورد تحسین قرار داد.

تکلیف: برای جلسه آینده پیرامون چگونگی تثبیت و تحکیم تغییرات در جلسات فکر کرده و در جلسه آینده گروه مطرح نمایند.

جلسه هفتم
اهداف: دست پیدا کردن درک روشنی از تغییرات ایجاد شده در زندگی توسط خودشان و پی بردن به مهارت های فردی که برای ایجاد تغییرات به کار بسته اند.

روش اجرا: در آغاز جلسه، شرکت کنندگان تکلیف جلسه قبل را ارائه داده و نظرات خودشان را بیان کردند و در این مورد به بحث پرداختند. مشاور برای رسیدن به این اهداف سوالاتی از آنان پرسید.

یافته‌ها

نمونه آماری ۳۰ نفر زن متأهل و خانه دار بودند. در مجموع ۹ نفر در گروه سنی ۲۴-۲۰ سال بوده، ۱۰ نفر و بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال، ۵ نفر در گروه سنی ۳۴-۳۰ سال و ۷ نفر نیز سن شان بالاتر از ۳۴ سال بوده است.

شاخص‌های توصیفی جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین و انحراف استاندارد در گروه گواه و مداخله در پیش-آزمون اختلاف معناداری وجود ندارد ($P > 0/01$). در پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد.

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که مفروضه نرمال بودن توزیع با آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تأیید می‌شود، شرط همگنی واریانس‌ها و همگنی ضریب رگرسیون نیز برقرار است، نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر بخشی روش درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت حاکی از اثربخشی این روش در کاهش میزان شدت نشانگان افسردگی ($P > 0/001$) در زنان است.

می‌باشد: افسردگی جزئی نمره ۱۳-۰؛ افسردگی خفیف نمره ۱۹-۱۴؛ افسردگی متوسط نمره ۲۸-۲۰ و افسردگی شدید نمره ۶۳-۲۹. پژوهش‌های انجام شده درباره ی BDI-II به طور ثابت ضرایب همسانی درونی بالا در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ را حتی در جمعیت‌های مختلف نشان داده است (۲۰). ضریب اعتبار این آزمون از ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ و ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی در بیماران روان پریش ۰/۴۸ و در دانشجویان ۰/۷۴ بوده است. در نسخه فارسی با اجرای این آزمون بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آن را ۰/۹۱، ضریب همبستگی را ۰/۸۹٪ و ضریب باز آزمایی به فاصله مدت یک هفته را ۰/۹۴٪ گزارش کرده است همچنین در بررسی های دیگر ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک چاپ دوم روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی از دانشگاه علوم پزشکی تهران و علامه طباطبایی، روایی را ۰/۸۷٪ و پایایی را ۰/۷۴٪ گزارش کرده‌اند (۲۱).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت در کاهش افسردگی زنان تحت سرپرستی بهزیستی

حجم نمونه	پیش آزمون		پس آزمون		گواه
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱۵	۲۶/۸۰	۹/۹۷	۲۳/۶۶	۹/۹۰	گواه
۱۵	۲۵/۰۶	۱۰/۶۶	۱۷/۲۰	۸/۸۴	آزمایش

جدول ۲. تحلیل کوواریانس تأثیر درمان راه‌حل‌مدار بر کاهش افسردگی زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی در گروه آزمایش و گواه

K-S	سطح معنی‌داری	F	خطی بودن رابطه		همگنی واریانس‌ها	F کوواریانس	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
			سطح معنی‌داری	لوین				
۰/۶۸	۰/۷۴	۲۵/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۶۲	۴۹/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴

حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و گواه بیانگر آن‌بود که درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر کاهش افسردگی زنان تحت

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با یافته‌های پژوهشی که جوانمیری و همکاران (۲۷) انجام دادند همسو می‌باشد. جوانمیری و... یافته‌های

همکاران در مطالعه‌ای که با عنوان بررسی مقایسه‌ای اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار و مدل چهاربعدی کفایت اجتماعی و مدل تلفیقی این دو روش بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که هر سه روش درمانی بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان مؤثر است و بین درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت و مدل چهاربعدی کفایت اجتماعی از لحاظ تأثیر بر سازگاری اجتماعی تفاوتی دیده نشد (۲۷). نتیجه‌ی پژوهشی که قمری در این زمینه با عنوان بررسی اثربخشی مشاوره‌ی راه‌حل‌محور بر کاهش ابعاد مختلف تعارض زناشویی (کاهش همکاری، کاهش رابطه‌ی جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه‌ی خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان) زوج‌های هر دوشاغل، انجام داد؛ نشان‌داد که مشاوره‌ی گروهی به شیوه‌ی راه‌حل‌محور در کاهش همه‌ی ابعاد تعارض زناشویی اثربخش است (۲۸). با توجه به موارد فوق و شیوع بالای افسردگی به ویژه در زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی، انجام پژوهش‌هایی در زمینه‌ی درمانی اثربخشی در جهت کاهش افسردگی در زنان را (به دلیل نقش کلیدی مادر و حالت‌های روانی وی بر کودکان و سایر افراد خانواده) ضروری و با اهمیت می‌سازد. در این روش درمانی، در جلسات درمانی پژوهش‌درمانگر به کمک شرکت‌کنندگان، با استفاده از فن‌پرسش، اهداف درمان را تعیین کردند. همچنین شرکت‌کنندگان با استفاده از فن‌درمانی جستجوی استثنائات، زنان افسرده به یادآوری موقعیت‌هایی که افسرده نبودند تشویق شدند. و درمانگر با استفاده از سؤالات باعث شد که آنان افکار و باورهایشان را درباره این که همیشه مشکل نداشته و زمان‌هایی بوده که احساس افسردگی نداشته‌اند را تجربه کنند. و قادر باشند با توانایی‌هایی که دارند راه‌حل مشکلاتشان را پیدا کنند. همچنین شرکت در جلسات درمانی و گردهمایی‌ها و حضور مرتب و هفتگی و حمایت و اظهارنظرهایی که در مورد زندگی و مسائل یکدیگر می‌کردند نیز از جمله عوامل مؤثر بر کاهش افسردگی آنان بود.

سرپرستی سازمان بهزیستی مؤثر بوده است. این مهم که سلامت‌روانی زنان با کیفیت سلامت‌روان افراد خانواده (همسر، فرزندان و...) رابطه معنی‌داری دارد غیرقابل اغماض است. این را می‌دانیم جامعه‌ای سالم خواهد بود که دارای افرادی سالم (روانی و جسمانی) باشد. زیرا که سلامت جامعه در گرو سلامت افراد آن جامعه به خصوص زنان آن جامعه می‌باشد (۲۲). با توجه به موارد ذکر شده در قسمت یافته‌ها، اهمیت نقش زنان در تحقق این امر نمایان می‌گردد. درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت، مبتنی بر ساختن راه‌حل‌ها به جای حل مشکل است. این رویکرد به جای توجه به مشکلات فعلی و یافتن علت‌های گذشته، بر امکانات مراجع در جهت امید به آینده توجه می‌کند (۱۰). علاوه بر این که نتایج مثبت پژوهش‌های انجام‌شده این رویکرد در زمینه‌ها و حوزه‌های دانشگاهی تأیید شده، پژوهش‌های دیگری نیز انجام گرفته که همسو با پژوهش حاضر، تأییدکننده‌ی تأثیرات مثبت این رویکرد در مقایسه و ترکیب با مدل‌های دیگر می‌باشد. این یافته‌ها تا حدودی با نتایج پژوهش‌های تحقیقات قبلی همسو می‌باشد (۲۳ و ۲۴). ایوت و کیم در مطالعات خود دریافتند که مداخلات راه‌حل‌مدار موجب باورهای مثبت در میان دانش‌آموزان کم‌درآمد و اقلیت می‌باشد و پیش‌بینی‌کننده روان‌شناختی مناسبی در درمان اختلال خلق و خو و اضطراب است (۲۳). کپکین و پاکروسیس در مطالعه خود دریافتند که درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت روشی مؤثر برای رسیدن به تغییرات مثبت در مشکلات رفتاری نوجوانان است (۲۴). کوئیک بیان می‌کند؛ درمان راه‌حل‌مدار در کاهش اختلالات رفتاری چون افسردگی و اضطراب مناسب است مشاوران با استفاده از تکنیک‌های این درمان و انتقال نگرش راه‌حل‌مدار با مراجع ارتباط برقرار کرده و ویژگی‌های او را بررسی می‌کنند و در جلسات چگونگی استفاده از این برنامه و روند درمان را آموزش می‌دهند (۲۵). همچنین یافته‌های دیگری از تکنیک‌های درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر کاهش افسردگی دختران نوجوان انجام دادند که در نتیجه این روش را در کاهش افسردگی آنان مثبت گزارش کردند (۲۶). صفارپور و

بهره برد و همچنین پیشنهاد می شود پژوهشی با همین عنوان بر روی نمونه ای از مردان و زنان به صورت مقایسه ای بررسی شود تا بتوان این نتایج را به جامعه ای بزرگتر تعمیم داد.

از محدودیت های این پژوهش، جامعه آن است که به زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی کاشان محدود می شد و عدم کنترل تأثیرات عوامل مداخله کننده ای مانند هوش و غیره بود که این موضوعات می تواند تعمیم نتایج پژوهش حاضر را با محدودیت هایی مواجه کند. با توجه به نتایج مثبت به دست آمده از اجرای این پژوهش ها می توان پیشنهاد کرد که از این درمان می توان در زمینه های درمانی برای زنان افسرده

References

1. Rief W., Hennings A., Riemer S., Euteneuer F. Psychobiological differences between depression and somatization. *Journal of psychosomatic research* 2010; 68(5): 495-502.
2. Bromberger J T, Scalea T L. longitudinal associations between depression and functioning in midlife women. *Maturitas* 2009; 4(3): 145-5.
3. Cohen A. The underlying structure of the Beck Depression Inventory II: A multidimensional scaling approach. *Journal of Research in personality* 2007; 42(3); 779-86.
4. Saeedi L. The effect of the short-term solution-focused therapy to reduce conflicts between couples city of Khomeini Shahr. [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2010. [In Persian].
5. Valizade F., Shahabi M., Mehrabi M., The effect of distraction to compare the two methods of using the musical and rhythmic breathing technique. *Journal of Lorestan University of Medical Sciences* 2004. [In Persian].
6. Kohsaran P. The effect of therapy on depression in diabetic women hope Semnan. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Allameh Tabatabai; 2008. [In Persian].
7. Sani-Rostami L. The effectiveness of the use of narrative therapy on depression in women's dormitory. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Allameh Tabatabai; 2007. [In Persian].
8. Mohammadi T. The effectiveness of career counseling style solution approach based on the identity of the woman who confused job seekers to job centers. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Allameh Tabatabai; 2010. [In Persian].
9. Fitzgerald P., Leudar I. In active listening in person – centred, solution focused psychotherapy. *Journal of pragmatics* 2010 ; 32(12): 1346-50.
10. Seedall R. B. Enhancing change process in solution – focused brief therapy by utilizing couple enactments. *The American journal of family* 2009; 37(2): 99—115.
11. Hopko D. R., Mullane C. M. Exploring the relation of depression and overt behavior with daily diaries. *Behaviour Research and Therapy* 2008; 46(9): 1085-9.
12. Van de vold S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross – national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicin* 2010;71(1): 305-13.
13. Macneri K., Smit T. Depression. Trans. Sangalchi, M. Tehran: Peydayesh Publications; 2010. [In Persian].
14. Gorman J. M. Gender Differences in Depression and Response to psychotropic Medication. *Gender Medicine* 2006; 3(2):93-109.
15. Barroso S. M., Melo A. P., Guimaraes M. D. C. Factors associated with depression: sex differences between residents of Quilombo communities. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18 (2): 503- 14.
16. Chant S. Female household headship and the feminization of poverty: facts, factions and forward strategies. gender institute, London School of Economic 2003; 9.
17. Baladchi O., Forozan A, Rafei H. Quality of life of female-headed households and women covered by welfare services. *Journal of Social Welfare* 2010; 40: 9- 28. [In Persian].
18. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. Manual for the BDI-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996
19. Troister T., Holden R. R. Comparing psychache depression and hopelessness in their associations with suicidality: A test of shneidemen's Theory of suicide. *Personality and individual differences* 2010;49(7): 489-93.

20. Steer R. A., Clark D. A., Beck A. T., Ranieri W. F. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. *Behaviour Research and Therapy* 1999; 37(2): 183-9.
21. Marnat G. G. *Handbook of Psychological Assessment*. Trans. Pasha Sharifi H., Nikkhooi MR. The first edition. Tehran; Sokhan: 2005
22. Kimiyaei S. A. Practices empowering women heads of households. *Quarterly Journal of Social Welfare* 2011; 40: 63- 92.
23. Elliott W, Kim J S. The role of identity-based motivation and solution-focus brief therapy in unifying accounts and financial education in school-related CDA programs. *Children and Youth Services Review* 2013; 35(3): 402-10.
24. Cepukiene V, Pakrosnis R. The outcome of Solution-Focused Brief Therapy among foster care adolescents: The changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Children and Youth Services Review* 2011; 33(6):791-7.
25. Quick, E K. *Solution Focused Anxiety Management and Individual Therapy*. San Diego: Kaiser Permanente; 2013
26. Javanmiri L, Kimiaee S. A, Ali Ghanbari B. The Study of Solution-Focused Group Counseling in Decreasing Depression among Teenage Girls *Journal. International Journal of Psychological Studies* 2013; 5(1): 105.
27. Safapor S, Farahbakhsh K, Shafieabadi A, Pashasharifi H. A comparison between the effectiveness of solution-focused brief therapy and the quadripartite model of social competence and a fusion model of these two methods on increasing social adjustment of female students residing in tehran dormitories. *quarterly counseling research and development* 2011; 10 (37): 25- 43. [In Persian].
30. Ghamari M. Effectiveness of consultation solutions based on different dimensions of marital conflict reduction couples both working. *Journal OF Family Reserch* 2009; 5(18): 347- 59.

Effectiveness of solution – focused brief therapy on reducing depression in women under protectship of state welfare organization of Iran

Kobra Ghaderee ¹, Khadije Arian ², Mojtaba Habibi ³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Duo to multiple roles of women in female-headed families such as workout in addition to duties related to the house-holding, and parenting, their psychological statuses play the significant role in family function and parenting. The high level of depression in these women, showed a need for etiologial, preventive, and interventional studies. The aim of present study was to determine the effectiveness of solution – focused brief therapy on reducing depression in head-family women under protection of state welfare organization of Iran.

Methods and Materials: The thirty women were screened based on acquiring scores upper than median on Beck depression Inventory, who found to be suffering depression symptoms. Sample group were selected by simple random sampling assigned into the intervention and control groups. With a pre-test and post-test control group design, subjects in the experimental group, undergone 8 weekly sessions of solution – focused brief therapy training. Both groups were evaluated using BDI-II scale in pre-test and post-test, data analyzed with ANCOVA using SPSS version 19.

Findings: findings show that there were not significant differences between two groups in pretest, but solution – focused brief therapy training, significantly decrease depression scores in experimental group ($P < 0.001$).

Conclusions: solution – focused brief therapy, could be intervention program in target groups and general population in therapeutic settings for women depression

Keywords: Depression, Solution – Focused Brief Therapy

Citation: Ghaderee K, Arian Kh, Habibi M. **Effectiveness of solution – focused brief therapy on reducing depression in women under protectship of state welfare organization of Iran.** J Res Behave Sci 2015; 13(3): 431-440

Received: 18.03.2013

Accepted: 05.10.2015

1. Master of art, family counselling department, The University of Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, family counselling department, The University of Allameh Tabataba'i University Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Family Reseach Center, The University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: Mo_Habibi@sbu.ac.ir