

اثر بخشی خنده‌درمانی و درمان راه حل مدار به شیوه گروهی

فریبا کریمی^۱، سارا جمالی^۲، توران خورانی کریمی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خنده‌درمانی و درمان راه حل مدار گروهی و مقایسه این دو درمان در کاهش نشانه‌های افسردگی دانش آموزان دختر صورت گرفت. به دلیل افزایش چشمگیر نشانه‌های افسردگی در نوجوانی درمان‌های کوتاه مدت می‌تواند شیوه‌های درمانی مناسبی برای مداخله و اثربخشی باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های مداخله‌ای پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری را کلیه دختران دبیرستانی شهرستان ایوان تشکیل می‌دهند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از یک مدرسه از بین مدارس انتخاب شد. به منظور غربالگری دانش آموزان افسرده Beck Depression Inventory مورد استفاده قرار گرفت. از بین دانش آموزان جمعا ۳۰ نفر واجد شرایط انتخاب و در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگذاری شدند دو گروه آزمایش خنده‌درمانی و درمان راه حل مدار را دریافت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS.22 وارد و با روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بن فرنی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج خنده‌درمانی و درمان راه حل مدار کاهش نشانه‌های افسردگی را در پی دارد ($p < 0/001$) هم‌چنین اثربخشی خنده‌درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی بیشتر از درمان راه حل مدار است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با وجود اثربخشی خنده‌درمانی و درمان راه حل مدار در کاهش نشانه‌های افسردگی خنده‌درمانی به دلیل ایجاد تغییرات سریع در مؤلفه‌های فیزیولوژیک مؤثرتر از درمان راه حل مدار است.

واژه‌های کلیدی: خنده‌درمانی، درمان راه حل مدار، افسردگی

ارجاع: کریمی فریبا، جمالی سارا، خورانی کریمی توران. اثر بخشی خنده‌درمانی و درمان راه حل مدار به شیوه گروهی. مجله تحقیقات علوم

رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۳): ۴۶۵-۴۷۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۱۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۰۴

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: faribakarimi55@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳. لیسانس مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، پردیس امام جعفر صادق ایلام، ایلام، ایران

مقدمه

صورت آشکار یا پنهان به صورت بالینی یا غیربالینی تجربه می‌کند (۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که در نوجوانی شاهد افزایش چشمگیر افسردگی در نوجوانی هستیم (۲). طبق آمار جهانی در بهترین و شادترین کشورها از هر ۴ زن و از هر ۱۰ مرد یک نفر دچار افسردگی می‌باشد (۳) و

در حوزه روان‌شناسی مرضی تحولی وجود یا فقدان افسردگی در کودکان و نوجوانان سال‌ها مورد مناقشه بوده است. اما بررسی‌های چند دهه اخیر جای تردید باقی نگذاشته‌اند که در سنین مختلف تحول آدمی نشانه‌ها و وهله‌های افسردگی را به

لحظه‌ای احساس راحتی و شادی آن‌ها را از فضای درد و رنج دور می‌کند (۱۳-۱۲). اثربخشی خنده‌درمانی در افزایش سلامت عمومی مردان سالمند (۱۴) افزایش سلامت عمومی افراد (۱۰) افزایش سازگاری اجتماعی دختران راهنمایی (۱۵)، کاهش افسردگی زنان سالمند (۷)، کاهش افسردگی افراد آسیب دیده نخاعی (۱۱) کاهش ناامیدی و ناسازگاری اجتماعی دانشجویان افسرده (۱۶) کاهش خستگی و افسردگی مبتلایان به بیماری ام اس (۱۷) هم‌چنین اثربخشی شوخی و خنده بر تعدیل واکنش بیمار به درد (۶) مورد تأیید قرار گرفته است.

درمان راه حل مدار از دیگر درمان‌های کوتاه مدت بر فرض‌های خوشایندی مبتنی است: انسان‌ها سالم هستند، باکفایت هستند و توانایی تدوین راه‌حلی را دارند که می‌تواند زندگی آن‌ها را بهبود بخشد و بر افسردگی و اضطراب غلبه کنند (۱۸). در این نوع درمان با رویکردی راهبردنگر درمانگر و درمانجو مشترکاً سعی می‌کنند به راه‌حلی متناسب با مشکل کنونی فرد دست یابند (۱۹) جنبه متمایز درمان راه حل مدار دوری جستن از گذشته به نفع حال و آینده است و علاقه‌ای به کسب آگاهی از علت مشکل وجود ندارد بلکه تمرکز اصلی بر روی راه‌حلی است که شدنی و امکان‌پذیر است (۱۹-۱۸). تأثیر درمان راه حل مدار بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان (۲۰) افزایش خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان (۲۱) ارتقای انگیزه پیشرفت دانشجویان (۲۲)، کاهش تعارضات والد فرزند در نوجوانان دختر (۲۳) کاهش مشکلات دانش‌آموزان در معرض خطر (۲۴) در مداخله با نوجوانان (۲۵) مورد تأیید قرار گرفته است (۲۶). پژوهش حاضر در پی آن است که ضمن بررسی اثر بخشی دو روش خنده‌درمانی و درمان راه حل مدار کوتاه مدت به شیوه گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دختران نوجوان مقایسه‌ای نیز بین این دو روش درمانی انجام دهد. مکانیسم اثر این دو شیوه درمانی کاملاً متفاوت بوده و هر دو با روش‌های متفاوت به نتیجه یکسان می‌رسند در صورت معنی‌داری تفاوت این دو شیوه می‌توان نشان داد آیا افزایش اندروفین، کاهش تنش، تنظیم فشار خون و به طور کلی تغییرات فیزیولوژیک در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثرتر

شایع‌ترین علت مراجع افراد به روان‌پزشکان و روان‌شناسان را تشکیل می‌دهد طبق برخی از مطالعات شیوع افسردگی در ایران تا ۷۰٪ هم گزارش شده است (۲). ۸۰٪ دختران ۱۱ تا ۱۸ ساله به افسردگی اساسی مبتلا و تحریک‌پذیری را نشان می‌دهند (۴). نشانه‌ها و اختلال‌های افسرده‌وار در نوجوانان احتمال اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و مشکلات رفتاری و ارتباطی را در حد قابل ملاحظه‌ای افزایش داده و به افت سطح صلاحیت و پیشرفت تحصیلی منجر می‌شود (۵). افزون بر این زیان ناشی از پیامدهای این اختلال به گونه‌ای مستقیم بر جوامع و خانواده‌ها تحمیل می‌شود (۵-۴). درمان‌های کوتاه مدت به دلیل استفاده از محدوده زمانی از قبل تعیین شده، مشخص بودن اهداف درمان، هدفمند بودن جلسات و تمرکز کامل بر مشکلات درمانجو مورد اقبال بسیاری از درمانگران و درمانجویان قرار گرفته (۶) و در طیف وسیعی از اختلالات کاربرد دارد (۶). خنده‌درمانی و درمان راه حل مدار از جمله درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌آیند. خنده درمانی برای اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط مادر کاتاریا در شهر بمبئی آغاز گردید (۷). مزیت‌های شوخی و خنده با انتشار مقاله نورمن کازینس با عنوان «آناتومی یک بیماری» مورد توجه قرار گرفت، خنده و ویتامین C به بهبودی او از تورم ستون فقرات کمک کرد ۱۰ دقیقه خنده منجر به ۲ ساعت خواب بدون درد است (۸). خنده تمام چرخه‌های منفی و افسردگی را از بین می‌برد (۹). در مراقبت از سلامتی خنده و شوخی کمک می‌کند تا استرس ناشی از بیماری‌ها را بهبود بخشد این مسأله به عنوان یک تأکید و یک ابزار درمانی برای اختلالاتی مانند افسردگی و یک مکانیسم تحمل عمل می‌کند (۱۰). خنده یا شوخ طبعی ممکن است از طریق تعدیل مواد شیمیایی استرس‌زا و یا افزایش ایمنی بر سلامت تأثیر بگذارد (۱۱). پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند خنده از طریق افزایش آندروفین مغز (۱۲) تنظیم سیستم ایمنی، کاهش تنش، تنظیم فشارخون و کاهش درد، افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد (۱۳) در حقیقت همه موارد مذکور افراد افسرده از دردهای جسمی و ناراحتی‌های روحی که از شایع‌ترین علائم افسردگی هستند رهایی یافته و حتی

شرح جلسات

جلسات خنده درمانی به کار برده شده در این پژوهش از خنده درمانی کاتاریا گرفته شده است (۲۸). روند جلسات به شرح زیر است:

۱) در حالی که افراد دست‌های خود را صاف بالا نگه داشته‌اند تنفس عمیق را تمرین می‌کنند (۲) سپس شرکت‌کنندگان تمرین هو هو ها ها کرده و دست‌های خود را خم می‌کنند و کف می‌زنند (۳) نرمش (۴) انجام یک تکنیک ایجاد خنده در هر جلسه و در پایان بیان شعار گروه می‌باشد. تغییرات اعمال شده توسط پژوهشگر شامل حذف تکنیک‌هایی مثل خنده شیر، شیرقهوه، خنده تاب و خنده سلام هندی بود که در فرهنگ هندی رایج است.

جلسات درمان راه حل مدار از شیوه دشازر (۱۸) و بخشی پورگرفته شده (۲۰) و در دستور جلسات به طور کامل آمده است.

جلسات خنده درمانی:

جلسه اول: ۱) معرفی خود به عنوان مشاور، شرح برنامه مبتنی بر تشکیل گروه، بیان قوانین مربوط به گروه (۲۸) شامل سعی در حضور در تمام جلسات و معرفی اعضا توسط خود با اسم یا هر چیز دیگری که مایل هستند گروه بداند، تعریف خنده و بیان مزایای آن در حفظ سلامت جسمانی و روانی سپس آموزش تنفس عمیق و بالا بردن دست‌ها و گفتن هو هو ها ها.

جلسه دوم: ۱) سلام واحوال پرسى با اعضای گروه، گرفتن باز خورد احساسی از اعضای گروه و دادن فرصت به آن‌ها برای احوال‌پرسی یا گفتگو با یکدیگر (۲) انجام تنفس عمیق، بالا بردن دست‌ها و گفتن هو هو ها ها، تعیین شعاری برای گروه: من می‌توانم شادترین آدم روی زمین باشم. فعالیت‌های این جلسه تا جلسه هشتم تکرار و یک فعالیت جدید نیز اضافه شد.

جلسه سوم: آموزش فعال کردن کودک درون، خندیدن بدون دلیل و بیان احساس، دست زدن و خندیدن و به یکدیگر نگاه کردن، تکلیف: رو به روی آینه ایستادن و به مدت ۲ دقیقه خندیدن

است یا چاره‌جویی صرف برای حل مشکل؟ هم چنین با مقایسه آن‌ها می‌توان مشخص کرد در شرایط برابر و مدت زمان کوتاه با کدام یک می‌توان به نتیجه بهتری رسید؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است) و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان ایوان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بود. یکی از دبیرستان‌های دخترانه با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و سیاهه افسردگی بک توسط دانش‌آموزان تکمیل شد. در پژوهش حاضر نمره بالاتر از ۱۵ به عنوان نقطه برش تعیین شد و کسانی که نمره بالاتر از ۱۵ گرفتند واجد نشانه‌های افسردگی در نظر گرفته شدند. که در مجموع ۳۰ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند آزمودنی‌ها به طور تصادفی و تعداد مساوی در سه گروه (۲گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱ طی ۸ جلسه تحت خنده درمانی قرار گرفتند. گروه آزمایش ۲ نیز طی ۸ جلسه تحت درمان راه حل مدار کوتاه مدت در قالب مشاوره گروهی قرار گرفتند و گروه سوم یعنی گروه کنترل در معرض هیچ نوع درمانی قرار نگرفت. پس از اتمام جلسات برای هر سه گروه سیاهه افسردگی بک اجرا شد و داده‌ها در نرم افزار spss.22 وارد و با تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

«پرسش‌نامه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory): این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳۰ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسش‌نامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسش‌نامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. قاسم زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسش‌نامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش اول را ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۷).

جلسه چهارم: کشیدن کاریکاتور خود، خندیدن به آن، نشان دادن به سایر اعضا و خندیدن اعضا با یکدیگر، تکلیف: تهیه یک نوار خنده پشت سر هم از اعضای خانواده، پخش نوار و گوش دادن و خندیدن

جلسه پنجم: اعضا دست‌های خود را باز کنند، سعی کنند دست‌های همدیگر را بگیرند، به همدیگر نگاه کنند و لبخند بزنند و احساس خود را بیان کنند، تکلیف: تهیه دفترچه کوچکی و نوشتن بخش‌های شادی‌بخش روزانه، جک یا فکاهی در آن

جلسه ششم: گفتن لطیفه و معما و خندیدن اعضا با هم تکلیف: تماشای فیلم‌های کمدی و فکاهی و دقت در احساس بعد از آن

جلسه هفتم: تقلید از گفته‌ها و صداها و حرکت‌های شخصیت‌های کمدی و فکاهی از طرف اعضا و خندیدن با هم تکلیف: ارسال پیامک‌های فکاهی و خنده‌دار برای دوستان و آشنایان

جلسه هشتم: صحبت درباره ارتباط با افراد خوش بین و بذله‌گو صحبت درباره سفر و گردش و شرکت در جشن و سرور بحث درباره‌ی به کارگیری مهارت‌های آموخته شده در موقعیت‌های تنیدگی‌زا در زندگی تشکر و قدردانی از اعضای گروه و ختم جلسه.

جلسات درمان راه حل مدار

جلسه اول: معارفه و ایجاد ارتباط، معرفی خود به عنوان مشاور و بیان هدف از انجام این تحقیق، معرفی اعضا توسط خودشان، شرح چارچوب قوانین گروه (۲۰) از جمله سعی در شرکت در تمامی جلسات و لزوم انجام تکالیف هر جلسه، سپس بیان خلاصه‌ای از درمان راه حل مدار و مخصوصا تأکید بر توانایی آن‌ها در حل مشکل. تکلیف: اعضا از شرکت در گروه برای خود هدفی تعیین کنند.

جلسه دوم: تمرکز بر هدف و بیان مسأله، در آغاز جلسه، ابتدا بررسی تکلیف جلسه قبل صورت می‌گیرد، سپس از اعضا خواسته می‌شود که اهداف خود را که برای شرکت در گروه تعیین کرده‌اند بیان کنند، چنانچه اهداف مبهم و غیر قابل

اندازه‌گیری باشند توضیح داده می‌شود که اهداف باید: ۱- به صورت مثبت و به زبان درمانجو بیان شده باشند ۲- عملگرا باشند ۳- در زمان حال تنظیم شده باشند ۴- دست یافتنی، عینی و مشخص باشند ۵- توسط درمانجو قابل کنترل باشند، سپس از اعضا خواسته می‌شود مشکل خود را به وضوح توصیف کنند و اثرات مشکل بر جنبه‌های مختلف زندگی به ویژه خانه و مدرسه را بررسی کنند. مسأله‌ای که تنها به تازگی اتفاق می‌افتد را مورد بررسی قرار دهند و به برجسته سازی این لحظات استثنایی که در آن این مشکلات رفتاری را نداشته‌اند. مسأله‌ای که تنها به تازگی اتفاق می‌افتد را مورد بررسی قرار دهند و به برجسته‌سازی این لحظات استثنایی که در آن این مشکلات رفتاری را نداشته‌اند.

جلسه سوم: تمرکز بر راه حل، پس از بررسی تکلیف جلسه قبل از اعضا خواسته می‌شود به توانمندی خود در یافتن راه حل مشکلات پی ببرند و بگویند اگر یک قدم کوچک برای حل مشکل خود بردارند چه کار خواهند کرد؟ چه راه حل‌های ممکن برای حل مشکل آن‌ها وجود دارد؟ تکلیف: از اعضا خواسته می‌شود تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی یا شرایطی مشکلات رفتاری نداشته و یا کمتر داشته‌اند آن‌را بنویسند و برای جلسه بعد با خود بیاورند.

جلسه ششم: استفاده از واژه مهم « به جای » بررسی تکلیف جلسه قبل و بیان اهداف جلسه حاضر هدف این جلسه آن است که شرکت‌کنندگان به جای آنچه که الان انجام می‌دهند راه و روش دیگری را در پیش گیرند و برای رفتار، تفکر و احساس خود با به کار بردن واژه مهم «به جای»، رفتارها و تفکرات و احساسات جدیدی را تجربه نمایند. مثلا سؤالاتی مثل به جای رفتار... چه کاری می‌توانید انجام دهید؟ تکلیف: درمورد میزان دستیابی به اهدافشان به صورت درجه‌بندی شده از ۰ تا ۱۰ نمره داده و همراه خود بیاورند.

جلسه هفتم: سوالات درجه‌بندی شده، بررسی تکلیف قبل سپس برای درک بهتر احساسات و آرزوهای شرکت‌کنندگان و همچنین میزان پیشرفت آن‌ها از سؤالاتی درجه‌بندی شده استفاده می‌شود (از ۰ تا ۱۰) این سؤالات در نزدیک شدن به هدف نهایی به ما کمک می‌کند این سؤالات احساسات،

درمان راه حل مدار مبتنی بر کاهش نشانه‌های افسردگی کوچکتر از ۰/۰۰۱ است ($F = ۶۶/۷۹۲$ ، $P < ۰/۰۰۱$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود بین گروه‌های درمان راه حل مدار، خنده درمانی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مقدار مجذور ایتا ($\eta^2 = ۰/۸۳۷$)، نشان می‌دهد که حدود ۸۴٪ از واریانس افسردگی توسط عضویت گروهی تبیین می‌شود. جدول (۲) نتایج مقایسه‌های جفتی با استفاده از آزمون بن فرنی را نشان می‌دهد. تفاوت میانگین بین خنده‌درمانی و گروه کنترل برابر $-۹/۹۷۲$ و سطح معنی‌داری آن کمتر از ۰/۰۰۱ است. که نشان می‌دهد میانگین افسردگی گروه خنده درمانی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است. تفاوت میانگین بین راه حل مدار و گروه کنترل برابر $-۶/۱۱۹$ و سطح معنی‌داری آن کمتر از ۰/۰۰۱ است. که نشان می‌دهد میانگین افسردگی گروه راه حل مدار به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است. تفاوت میانگین بین خنده‌درمانی و گروه راه حل مدار برابر $-۳/۸۵۳$ و سطح معنی‌داری آن کمتر از ۰/۰۰۱ است. که نشان می‌دهد میانگین افسردگی گروه خنده‌درمانی به طور معنی‌داری کمتر از گروه راه حل مدار است.

نگرش‌ها، هیجانات و تفکرات را به گونه‌ای اندازه می‌گیرد که مراجع و مشاور در می‌یابند که مراجع در چه وضعیتی قرار دارد؟ درمانجو احساس می‌کند حرکت به سوی بالا و پایین در این مقیاس به او بستگی داشته و در کنترل خودش است. جلسه هشتم: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، پس از بررسی تکلیف جلسه قبل از اعضای گروه خواسته می‌شود که به طور مداوم در مورد پیشرفت‌هایی که داشته‌اند بحث کنند و توانایی تغییرات را در خود افزایش دهند زیرا راه حل مشکلات در خودشان نهفته است و آن‌ها می‌توانند به حل مشکلات خود بپردازند سپس سیاهه افسردگی بک اجرا شد. کنونی خود را بنویسید و سپس تعیین کنید به جای هر رفتار چه کاری می‌توانید انجام دهید؟

یافته‌ها

در پژوهش حاضر اثر بخشی خنده درمانی به شیوه گروهی و درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان دختر و هم‌چنین مقایسه دو درمان صورت گرفته است. جدول (۱) نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه اثر بخشی درمان راه حل مدار و خنده درمانی را نمایش می‌دهد. سطح معنی‌داری مشاهده شده برای تفاوت میانگین خنده‌درمانی و

جدول ۱. تحلیل کوواریانس برای اثربخشی درمان راه حل مدار و خنده‌درمانی

منبع	SS	df	MS	F	P	η^2
پیش آزمون	۱۷۸۲/۴۷۵	۱	۱۷۸۲/۴۷۵	۴۷۰/۶۸۱	/۰۰۱	/۹۴۸
گروه	۵۰۵/۶۸۸	۲	۲۵۲/۸۴۴	۶۶/۷۹۲	/۰۰۱	
خطا	۹۸/۴۲۵	۲۶	۳/۷۸۶			
کل	۱۶۵۷۹/۰۰۰	۳۰				

جدول ۲. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای اثربخشی درمان راه حل مدار و خنده درمانی بر افسردگی

گروه I	گروه J	تفاوت میانگین I-J	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
خنده درمانی	کنترل	-۹/۹۷۲	/۸۷۰	/۰۰۱
راه حل مدار	کنترل	-۶/۱۱۹	/۸۷۰	/۰۰۱
خنده درمانی	راه حل مدار	-۳/۸۵۳	/۸۷۰	/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر هدف بررسی اثربخشی خنده درمانی گروهی و درمان راه حل مدار گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان دختر و هم چنین مقایسه این دو نوع درمان بود. نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس نشان داد هم خنده درمانی و هم درمان راه حل مدار در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر هستند. نتایج آزمون تعقیبی بن فرنی حاکی از آن است که خنده درمانی مؤثرتر از درمان راه حل مدار بوده است. بنابراین افرادی که تکنیک‌های خنده را یاد می‌گیرند و تمرین می‌کنند می‌توانند تا حدی غم و اندوه خود را فراموش کنند و این کاهش نشانه‌های افسردگی را در پی دارد. اکثر افراد شرکت‌کننده در گروه خنده درمانی از این دوره ابراز رضایت کردند. یافته‌های این پژوهش در مورد اثربخشی خنده درمانی با پژوهش‌هایی که تأثیر خنده درمانی را در کاهش افسردگی زنان سالمند (۷) افزایش میزان سلامت عمومی سالمندان مرد (۱۴) افزایش سازگاری اجتماعی دختران راهنمایی (۱۵) کاهش افسردگی افراد با آسیب نخاعی (۱۱) کاهش ناامیدی و ناسازگاری دانشجویان افسرده (۱۶) تأثیر شوخی و خنده بر سلامتی (۱۰) و تعدیل واکنش بیمار (۶) به درد همسو است. یافته‌ها نشان داد که اجرای روش درمانی راه حل مدار بر کاهش افسردگی دختران نوجوان مؤثر بوده است. این یافته موافق با فرض‌های درمان راه حل مدار است که انسان‌ها با کفایت هستند و توانایی تدوین راه حل‌هایی را دارند که می‌تواند زندگی آن‌ها را بهتر کند، روان درمانی با تمرکز بر راه حل‌ها به جای مشکلات می‌تواند به آدم‌ها کمک کند زندگی خود را بهبود ببخشند (۱۸) یافته‌های این پژوهش با اثربخشی درمان راه حل مدار بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان (۲۰) بهبود خودکارآمدی

تحصیلی دانش‌آموزان (۲۱) ارتقای انگیزه پیشرفت دانشجویان (۲۲)، کاهش تعارضات والد فرزندی در نوجوانان دختر (۲۳)، دانش‌آموزان در معرض خطر (۲۴) و در مداخله با نوجوانان زورگو همسو است (۲۵). یافته‌ها نشان داد بین اثر بخشی خنده درمانی و درمان راه حل مدار تفاوت وجود دارد به طوری که میانگین نمرات افسردگی گروه خنده درمانی به طور معنی‌داری نسبت به گروه راه حل مدار کاهش بیشتری نشان داده است. با توجه به شباهت‌هایی چون کوتاه مدت بودن هر دو درمان و اجرای گروهی و جلسات برابر برای تبیین این تفاوت می‌توان گفت خنده با ایجاد اثرات فیزیولوژیکی از قبیل تعدیل مواد شیمیایی، افزایش ایمنی، کاهش درد و تنظیم فشارخون موجب رفع غم و اندوه می‌شود (۱۰) چون تغییرات یاد شده بلافاصله پس از انجام تمرینات و در طول جلسه درمان صورت می‌گیرد با ایجاد تسکین فوری و اثربخشی سریع مؤثرتر ظاهر شده و درمانجویان نیز احساس رضایت بیشتری از این نوع درمان نشان دادند. اما از آنجا که قبلاً پژوهشی به مقایسه این دو درمان نپرداخته است استناد به نتایج پژوهش حاضر منوط به انجام پژوهش‌های بیشتر و موارد مشابه است.

شادی و احساس رضایت حلقه گمشده همه اقشار جوامع امروز است آموزش تکنیک‌های خنده می‌تواند تسلی‌بخش مناسبی برای آلام انسان هزاره سوم و گرفتار در دنیای پرهمهمه ماشین بوده و بازگرداندن خنده به آنان شاید کم هزینه‌ترین و سریع‌ترین نوع درمان به شمار آید. نتایج پژوهش حاضر تأییدی است علمی و بهترین مصداق بر ضرب المثل قدیمی "خنده بر هر درد بی درمان دواست".

References

1. Harrington RC. Depressive Disorder in Children and Adolescents. Manchester: John Wiley and Sons; 2002. P. 45.
2. Dadsetan P. Developmental Psychopathology from Infancy through Adulthood. 4th ed. Tehran: SAMT; 2004. P: 73.3-

3. Sاداتian A, Azar M, Pardad S, Hajibabaei D, Shafizade M, Zeiani F, et al. The ways overcome depression and the secrets of happy life. Tehran: Ma va Shoma; 2010. P: 80.
4. Mash EJ, Barkly RA. Children Psychopathology. Trans. Tozandehjani, Tavakolizade, Kamalpoor. Mashad: Ava; 2004. P: 68.
5. Naseh A. The treatment of depression: group cognitive- behavioral treatment and joint session skill learning with parent and teenager. Iranian psychological Magazine 2007; 12(2): 323-332.
6. Bennet HJ. Humor in Medicine. Southern Medical Journal 2003; 96(12): 125-132.
7. Shahidi M. Comparison between effectiveness of Karatai's Laughter Therapy and Sport Therapy in group method on reducing depression and life satisfaction of aged females of Jahandidegan Center. Journal of Allameh university 2008; 13(5): 8-15.
8. Balson T, Mourfy R. The magic of laughter. [2011]. 2009. Available from URL, <http://daftartanz.com>.
9. Sewward BL. Humor healing potential. Institute, Boulder 1992; 15(3): 18-25.
10. Bennet MP, Lengcher C. Humor and immune function. Western Kentucky University of south Florida 2009; 6(2): 159-164.
11. Behpajoh A, Jahangiri M, Zaharakar K. Teaching Humor technique and reducing depression in patient with spinal cord injury. Journal psychology in Iranian Psychologist 2010; 6(23): 227-240.
12. Berk L. Therapeutic benefit's of laughter. [2011]. 2009. Available from URL, www.holistic.com.
13. Hornik K. The healing of humor, complementary health therapies. [2008]. [online]. Available from: [http://korihornick.Com/clinical work/humor](http://korihornick.Com/clinical%20work/humor).
14. Behzadi A. Investigating the effectiveness of Kataria's laughter therapy on increasing the public health of male employees of ShahidHasehmiNezahad nursing home. [PHD Thesis]. Iran: Allameh University; 2010.
15. Mohammad Khani k. Effectiveness of laughter therapy group style on Kataria The rise of social adjustment Grade girls in Tehran. [MS Thesis]. Iran: Allameh University; 2010.
16. Shams S. Effectiveness of training humor frustration and social conflict on depressed students in Tehran. [MA Thesis]. Iran: Allameh University; 2007.
17. Moshtagh Z, Naghavi B, Rashvand F, Alavi H, Banaderakhshan H. The study of influence Laughter Therapy on depression and fatigue in the patient that suffering from Multiple Sclerosis. Journal of medical science and health services in Sahid Beheshti University 2009; 20(70): 7-11.
18. Prochaska JO, Norcras J C. system of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Trans. Sayed Mohamadi. Tehran: Ravan; 2007; 100.
19. Ivesson, C. Advances in Psychiatric. Treatment solution-focused therapy. 2000: 52-68.
20. Bakhshi Poor B. The effectiveness of solution-focused therapy on reducing behavioral problems in children and teenagers Surrey schools. [MA Thesis]. Iran: Allameh University; 2009.
21. Mir Jalali B F. The effectiveness of solution-focused therapy On improving academic self-efficacy Second grade female high school students in Yazd. [MS Thesis]. Iran: Allameh University; 2009.
22. Ali Mohammadi, F. The effectiveness of solution-focused therapy to promotion achievement motivation and educational performance in the students at International Imam Khomeini University. [MA Thesis]. Iran: International Imam Khomeini University; 2009.
23. Gitti Pasand Z, Arian KH, Karami A. The effectiveness of solution-focused therapy reducing conflicts between parent and child in adolescent girls. Tazeha va Pajoheshhay Moshavereh 2009; 7(27): 65-80.
24. Newsom, W S. Solution focused brief therapy group work with at- risk junior high school students. 2005: 140-15.
25. -Banks V. A solution focused Approach to Adolescent Groupwork. 1999: 78- 82.25
26. Goldenberg E, Goldenberg H. Family Therapy. Trans. Hossion shahi, Naghshbandi, Arjomand. Tehran: Ravan; 2009; 32.
27. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory. Journal Behavioral Sceince 2005; 21(4): 92-185
28. Bagheri B. The study of effectiveness Kataia's group laughter therapy on reducing occupational stress in female teacher in Tehran. [MA Thesis]. Tehran, Iran: Allameh University; 2009.

The Efficacy of Laughter Therapy and solution focused therapy

Fariba Karimi¹, Sara Jamali², Toran Khorani Karimi³

Original Article

Abstract

Aim and Background: This study aimed to investigate the effects of laughter therapy and treatment methods were based solution focused therapy compared these two treatments in reducing depressive symptoms were female students. Due to the significant increase in short-term treatment of depression in adolescence may be effective treatment approaches for intervention.

Methods and Materials: The intervention study pretest - posttest control group. The population of all high school girls that make up the city Ivan cluster sampling of schools was selected from a school. Screening students for depression Beck Depression Inventory were used. A total of 30 students who qualify in three groups (two experimental groups and one control group) were inserted randomly. Two groups, laughter therapy and solution focused therapy and the control group received no intervention received data entered in the software. The data entered spss.22 and by analysis of variance and post hoc test were analyzed Bonferroni ($p < 0.001$).

Findings: Based on the results, laughter therapy and solution-focused therapy is in reducing depressive symptoms ($p < 0.001$). Laughter therapy is also effective in reducing symptoms of depression are more solution-focused therapy ($p < 0.001$).

Conclusions: Despite the laughter therapy efficacy in reducing symptoms of depression and solution-focused therapy, laughter therapy due to rapid changes in physiological parameters effective solution focused therapy.

Keywords: Laughter Therapy, Solution Focused Therapy, Depression

Citation: Karimi F, Jamali S, khorani Karimi T. **The Efficacy of Laughter Therapy and solution focused therapy.** J Res Behave Sci 2015; 13(3): 465-472

Received: 26.07.2014

Accepted: 05.10.2015

1. PhD Student of Counseling, University of Allameh Tabatabaee, Tehran, Iran (Corresponding Author)
Email: faribakarimi55@yahoo.com
2. PhD Student of Psychology, Ahvaz University of Chamran, Ahvaz, Iran.
3. Bachelor of Counselling, Farhangian University, Emam Jafar Sadegh Pardis, Ilam, Iran