



اثربخشی درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی زنان و مردان

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
استادیار گروه علوم تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

سیدحسین علوی ^{id}
مهدی قاسمی مطلق* ^{id}
بهرنگ اسماعیلی شاد ^{id}
ابوالفضل بخشی پور ^{id}

avestaps@yahoo.com

ایجیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۳

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۱۳۳-۱۱۶

پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(علوی، قاسمی مطلق، اسماعیلی شاد و بخشی

پور، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

علوی، سیدحسین، قاسمی مطلق، مهدی، اسماعیلی شادی، بهرنگ، و بخشی پور، ابوالفضل. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی زنان و مردان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۱۱۶-۱۳۳.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و نشانه‌های زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از لحاظ هدف تحقیق کاربردی بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان و مردان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌شناختی ذهن زیبای شهر بجنورد در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که به روان‌پزشکان، روان‌شناس و متخصصان بهداشت روانی مراجعه کرده و متخصصان مرکز برای آن‌ها تشخیص اختلال افسردگی اساسی داده بودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از جامعه مذکور است که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با استفاده از شیوه تصادفی سازی ساده در دو گروه درمان راهبردی راه‌حل‌مدار ($n=15$) بر اساس پروتکل کوئیک (۲۰۰۸) و گروه گواه ($n=15$) گماشته شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی (محقق ساخته) به دست آمد. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر کاهش نشانه‌های هیجانی ($F=41/16$ ، $P=0/001$)، شناختی ($F=12/87$ ، $P=0/001$)، انگیزشی ($F=4/93$ ، $P=0/035$) و زیست‌شناختی ($F=29/85$ ، $P=0/001$) اختلال افسردگی اساسی اثربخش بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و نشانه‌های زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی مؤثر بود و می‌توان از این درمان در جهت کاهش مشکلات افراد دارای افسردگی اساسی بهره برد.

کلیدواژه‌ها: درمان راه‌حل‌مدار، هیجان، شناخت، انگیزش، افسردگی

مقدمه

افسردگی^۱ یک اختلال روانی شایع و ناتوان کننده است. افسردگی بالینی به عنوان پدیده‌ای پیچیده، با احساس‌هایی چون ناامیدی، غم، خلق گرفته و پایین، برای دوره‌ای چند هفته‌ای یا بیش‌تر مشخص می‌شود (اسمیز، آرمور، لی، وانگ و هی، ۲۰۱۸). افسردگی پدیده زیستی-روانی-اجتماعی پیچیده‌ای است و هیچ دلیل واحدی را نمی‌توان به طور مجزا سبب‌ساز افسردگی دانست. افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانپزشکی و خلقی بسیاری از مردم در اقصی نقاط جهان را مبتلا می‌سازد. افسردگی با دوره‌های طولانی مدت، تنوع علائم، بالا بودن میزان عود و اختلالات فیزیکی و روانی زیادی همراه است (آلبرت، ۲۰۱۵). اختلال از وجود یک سری علائم تا اختلالات افسردگی اساسی طیف وسیعی را تشکیل می‌دهد (هودز، کانا، منارد، مراد و راسو، ۲۰۱۵). انواع خفیف‌تر افسردگی که ملاک‌های افسردگی اساسی را برآورده نمی‌سازند از اختلال افسردگی اساسی بسیار رایج‌ترند (بیانچی، اسپونفلد و لورنت، ۲۰۱۵). از دید رویکرد متمرکز بر هیجان، افسردگی زمانی شکل می‌گیرد که خاطرات طرحواره‌های هیجانی مبتنی بر سیستم لیمبیک و پاسخ‌های شرم، غم، ترس و اضطراب مرتبط با آنها، فعال می‌گردند. افراد افسرده از تنظیم این هیجان‌ها ناتوانند و در پردازش آنها، نمی‌توانند عواطف مثبت را برای تعدیل تجربه افسرده‌ساز، به کار گیرند. در نتیجه پاسخ‌های شتاب‌زده شرم، اضطراب و غم، بر خودنظم‌بخشی و سبک پردازش آن‌ها تاثیر می‌گذارد و متعاقب آن، انواع پردازش، اعم از شناختی و فیزیولوژیکی، تحت تاثیر قرار می‌گیرند و فرد را به تداوم احساس ناخوشایند و در نتیجه، چرخه اختلال افسردگی، سوق می‌دهند (اسمیز و همکاران، ۲۰۱۸).

اختلال افسردگی اساسی همراه با نشانه‌های هیجانی، انگیزشی، شناختی، رفتاری و زیست‌شناختی می‌باشد. افراد دچار کاهش انگیزه و علاقه می‌شوند که به دنبال آن کاهش فعالیت و کارایی، کاهش امید به زندگی، کاهش مراقبت از خود و تمایل به مرگ در شخص پدیدار می‌گردد. تغییر خلق از علائم ثابت است که برای روزها، هفته‌ها و ماه‌ها به طول می‌انجامد (سیگال و تیزدل، ۲۰۱۸). اختلالات خلقی به دو علت جز مشکلات اصلی سلامتی به حساب می‌آید، اول این‌که به طور معنی‌داری موجب افت کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی، جسمانی و روانی فرد می‌شوند. دوم این‌که این اختلالات در جمعیت عمومی دارای شیوع بالایی هستند. شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر بیش‌تر از مردان است (گیلبرت، ۲۰۱۶). از طرفی، به دلیل ماهیت مزمن و عودکننده افسردگی رویکردهای درمان فردی به تنهایی جواب‌گوی بیماران افسرده نبوده‌اند. همچنین اکثر درمان‌ها طولانی مدت و هزینه‌بر هستند. بنابراین نیاز به رویکرد کوتاه مدت احساس می‌شود. درمان راه‌حل‌مدار^۲ در ۱۵ تا ۲۰ سال گذشته به عنوان یک روان‌درمانی کوتاه مدت پدیدار شد. این درمان یک مداخله براساس نیروها است که در اعتماد به مراجع پیدا می‌شود که این برای ساختن منابع و انگیزه مراجعین مهم است. زیرا آن‌ها مشکلات را بهتر می‌دانند و صلاحیت ساختن راه‌حل‌ها را برای حل مشکلات دارند (گرینبرگ، ۲۰۱۶).

اخیرا انجمن تحقیق درمان کوتاه مدت راه‌حل‌مدار یک درمان طبیعی به منظور کمک به استاندارد کردن ابزارهای درمان کوتاه مدت راه‌حل‌مدار به وسیله تمرین‌ها و افزایش درمان مدل وفاداری و صداقت ایجاد کردند. این کمیته سه جز ترکیبی برای درمان کوتاه مدت راه‌حل‌مدار مشخص کرده است: ۱- کاربرد تمرکز

1. Depression

2. Solution focused therapy

بر گفتگو برای نگرانی‌های مراجعین. ۲- گفتگوهای متمرکز بر بازسازی جدید معنی‌ها پیرامون نگرانی‌های مراجعین. ۳- کاربرد تکنیک‌های خاص برای مراجعین تا به آن‌ها کمک شود تا یک دیدگاه را برای آینده خود براساس موفقیت‌ها و توانایی‌های گذشته ایجاد کنند تا به حل دوباره موضوعاتشان کمک شود (کیم و فرانکلین، ۲۰۱۵).

هدف‌های درمان با استفاده از آن‌چه که دشوار «پرسش معجزه‌ا» می‌نامد نیز تعیین می‌شود. در صورتی که تغییر در تجربیات فرد، مانند احساسات خلق‌ها یا ارتباط به راحتی مشاهده نشوند، درمانگران راه‌حل‌مدار از «پرسش‌های درجه‌بندی^۲» شده نیز استفاده می‌کنند (ردی، تیرومورسی، ویجایالاکشوی و حمزه، ۲۰۱۵). این درمان اعتقاد دارد که واقعه یا اتفاقی در زندگی مراجع رخ داده و براساس معنی که به آن رویداد و تجربه داده است وقایع و تجارب آینده‌اش را سازماندهی می‌کند (فرانکلین، ژانگ، فوئرر و جانسون، ۲۰۱۷). اگرچه تعبیر افراد از رویداد زندگی، به ویژگی‌های شخصیتی آنان مربوط می‌شود اما این تعبیر به صورت مستمر و مداوم از یک رویداد به رویداد دیگر تغییر می‌نماید (کیم، فرانکلین، ژانگ، لیو، کیو و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و نباتی اختلال افسردگی اساسی انجام شد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و نباتی اختلال افسردگی اساسی زوجین در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و نباتی اختلال افسردگی اساسی زوجین در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره و روان‌شناختی ذهن زیبای شهر بجنورد در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که به روان‌پزشکان، روان‌شناس و متخصصان بهداشت روانی مراجعه کرده و متخصصان مرکز برای آن‌ها تشخیص اختلال افسردگی اساسی دهند. از میان افراد واجد شرایط ورود که پس از ارائه توضیحات لازم درمانگر، داوطلب شرکت در برنامه باشند، در مجموع ۳۰ نفر انتخاب شد. افراد واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در نهایت کسانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به روش تصادفی به سه گروه (درمان راهبردی راه‌حل‌مدار و گواه) تخصیص داده شدند. حجم نمونه مطالعه حاضر با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۷، توان آزمون ۰/۹۱ و سطح معناداری ۰/۰۵، مشخص گردید که حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۲ نفر می‌باشد که با توجه به مساله ریزش، ۱۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب و با استفاده از شیوه تصادفی‌سازی ساده در دو گروه درمان راهبردی راه‌حل‌مدار ($n=15$) و گروه گواه ($n=15$) گماشته شدند. معیارهای ورود به مطالعه

1. Miracle question
2. rating question

عبارت بودند از: ابتلا به اختلال افسردگی اساسی بر اساس تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی و نمره‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک (۲۰ و بالاتر)، داشتن اختلال افسردگی اساسی برای مدت حداقل دو هفته، دامنه‌ی سنی ۱۸ الی ۵۵ سال، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم دریافت درمان روان‌شناختی هم‌زمان با درمان هدف، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم و توانایی نوشتن و خواندن. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: تحصیلات کم‌تر از دیپلم، وجود هرگونه معلولیت جسمانی که مانع از حضور مؤثر در برنامه درمانی و انجام تمرینات درمانی شود، وجود علائمی دال بر کندی روانی- حرکتی و کلامی شدید، ریسک بالای خودکشی، ابتلا به هرگونه اختلال همبود روان‌پزشکی مانند سوء‌مصرف مواد، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلال خوردن، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال بارز شخصیت بر اساس سوابق کلینیکی از پیش موجود و مصاحبه‌ی بالینی، مصرف داروهای ضدافسردگی در طی یک ماه اخیر و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی (محقق ساخته). این پرسشنامه دارای چهار مؤلفه نظری به شرح زیر می‌باشد: (۱) مؤلفه نشانه‌های هیجانی (۲۸ ماده)، (۲) مؤلفه نشانه‌های شناختی (۳۰ ماده)، (۳) مؤلفه نشانه‌های انگیزشی (۲۲ ماده) و (۴) مؤلفه نشانه‌های زیست‌شناختی (نباتی) (۸ ماده). بررسی همسانی درونی سؤالات هر مؤلفه نشان داد که مؤلفه‌های بدست آمده از همسانی درونی بالایی برخوردار می‌باشند. مؤلفه دوم یا مؤلفه «نشانه‌های شناختی» با ۳۰ ماده، بالاترین ضریب (۰/۹۳) و مؤلفه چهارم یا مؤلفه «زیست‌شناختی یا نباتی»، کم‌ترین ضریب (۰/۷۹) همسانی را به خود اختصاص داده است. برای بررسی «روایی» پرسشنامه افسردگی، از سه روش همبستگی بین خرده آزمون‌ها، روش تحلیل عاملی و روایی ملاکی استفاده شد. در روش همبستگی بین خرده آزمون‌ها، با توجه به این‌که مقیاس از چهار مؤلفه تشکیل شده است، نمره کل هر مؤلفه ساخته شد و سپس نمره کل مقیاس (۸۰ ماده) محاسبه شد. در نهایت ضریب همبستگی مؤلفه‌ها با یکدیگر و نمره کل مقیاس بدست آمد. کلیه همبستگی‌ها بین مؤلفه‌ها با یکدیگر و مؤلفه‌ها با نمره کل مقیاس در سطح $P < 0/01$ معنادار بود. بیش‌ترین همبستگی بین مؤلفه «نشانه‌های شناختی» و نمره کل مقیاس ($r = 0/92$) و کم‌ترین همبستگی بین دو مؤلفه «نشانه‌های انگیزشی» و «هیجانی» ($r = 0/50$) و همبستگی بین نشانه‌های زیست‌شناختی (نباتی) با نمره کل مقیاس ($r = 0/78$) به دست آمد. در مجموع، کلیه مؤلفه‌ها با نمره کل مقیاس ضرایب همبستگی بالا و درخور توجهی نشان می‌دهند. هم‌چنین بر اساس ضرایب همبستگی ماده‌ها با نمره کل هر مقوله و همین‌طور نمره کل آزمون، تمامی ماده‌ها از همبستگی بالاتر از چهار درصد برخوردار بودند. این نتیجه بیان‌گر این است که خرده مقیاس‌ها از همسانی درونی رضایت‌بخشی برخوردارند و نیازی به حذف هیچ یک از ماده‌ها وجود ندارد. به منظور بررسی ساختار عاملی (روایی سازه) پرسشنامه از تحلیل مؤلفه اصلی با چرخش واریماکس در سطح ماده استفاده شد. آزمون کفایت نمونه‌برداری نشان داد که نمونه موردنظر برای تحلیل عوامل مناسب است ($KMO = 0/88$). هم‌چنین آزمون کرویت بارتلت با درجه آزادی $df = 300$ ، و مجذور کای تقریبی ($\chi^2 = 4/02$) در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار است، لذا می‌توان تحلیل عوامل را گزارش کرد. نمودار سنگ‌ریزه و مقادیر ارزش‌های ویژه بالاتر از یک نشان داد که چهار عامل قابل استخراج می‌باشد. دامنه ارزش اشتراکات ۰/۵۱ تا ۰/۸۱ بود. در مجموع چهار عامل

مذکور، ۶۸٪ واریانس را تبیین می‌کند. در میان عامل‌ها، عامل یک با ارزش ویژه ۱۱/۰ بیش‌ترین درصد واریانس تبیین‌شده را به خود اختصاص می‌دهد (۰/۴۳/۹). در مجموع چهار عامل موجود ۶۸/۶ واریانس آزمون را تبیین می‌کنند که نسبتاً درصد قابل توجهی است. نتایج پس از چرخش واریماکس بیانگر آن است که ارزش ویژه عامل اول برابر با ۶/۸۱ و بنابراین عامل عمده در تحلیل عوامل محسوب می‌شود. در مجموع چهار عامل، ۶۸/۶۱ درصد واریانس موجود را تبیین می‌کنند. عامل اول از ۲۸ ماده با دامنه بار عاملی بین ۰/۴۹ تا ۰/۸۳ تشکیل شده است. با توجه به ماهیت سؤال‌های تشکیل‌دهنده عامل اول، این عامل را می‌توان با عنوان «نشانه‌های هیجانی» نام‌گذاری کرد. عامل دوم از ۳۰ ماده با دامنه بار عاملی بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۶ تشکیل شد. با توجه به سؤال‌های مربوط می‌توان عامل دوم را به عنوان «نشانه‌های شناختی» نام‌گذاری کرد. عامل سوم از ۲۲ ماده با بار عاملی ۰/۵۵ تا ۰/۸۲ تشکیل شد. با توجه به سؤال‌هایی که در زیر عامل سوم قرار می‌گیرند، می‌توان آن را به عنوان «نشانه‌های انگیزشی» نام‌گذاری کرد. عامل چهارم از ۸ ماده با بار عاملی ۰/۶۰ تا ۰/۷۸ تشکیل شد. با توجه به سؤال‌هایی که در زیر عامل چهارم قرار می‌گیرند، می‌توان آن را به عنوان «نشانه‌های نباتی» نام‌گذاری کرد. نتایج نشان داد که تمام بارهای عاملی استخراج‌شده بالاتر از ۰/۴۰ می‌باشند. روایی ملاکی پرسشنامه، از طریق روایی همزمان (اجرای همزمان با مقیاس افسردگی بک) مورد بررسی قرار گرفت. همچنین همبستگی خرده مقیاس‌ها محاسبه شد. الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس‌های افسردگی بک بیانگر روایی ملاکی همزمان خوب مقیاس محقق ساخته افسردگی است. برای بررسی «اعتبار» مقیاس ۸۰ ماده‌ای، همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) به صورت جداگانه در مردان و زنان و کل شرکت‌کننده‌ها محاسبه شد. برای بررسی ثبات پرسشنامه نیز از روش باز آزمایی استفاده شد. بدین منظور ۸۵ نفر از شرکت‌کننده‌ها در یک بازه زمانی ده روزه مجدداً به سؤال‌های مقیاس پاسخ دادند و ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات حاصل از دو بار اجرای پرسشنامه محاسبه شد. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ و ضرایب باز‌آزمایی آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. درمان راهبردی راه‌حل مدار. درمان راهبردی راه‌حل مدار بر اساس پروتکل کوئیک (۲۰۰۸) در پنج جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین و برای گروه آزمایش اجرا شد که خلاصه‌ای از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه درمان راهبردی راه‌حل مدار

جلسات	اهداف	شرح جلسات
جلسه اول	توصیف مشکل	الف) مشکل چیست؟ (ب) تعریف مسئله‌ای که بیش‌ترین اولویت را دارد. این مسئله، به چه طریقی یک مشکل است؟ چرا اکنون؟ (ج) امیدوار هستی که من چگونه به شما کمک کنم؟ (د) بدترین پیامی که من امروز می‌توانم به شما بدهم، چیست؟ بهترین یا کمک‌کننده‌ترین پیام چیست؟
جلسه دوم	بسط و تفصیل راه‌حل	الف) پرسش معجزه؛ (ب) استثناها؛ (ج) پرسش‌های درجه‌بندی.
جلسه سوم	ارزیابی راه‌حل‌های ناموفق	الف) تا به حال چه تلاشی کرده‌اید؟ چگونه آن را انجام داده‌اید؟ دقیقاً چه چیزهایی گفته‌اید؟ (ب) آیا این کارها و گفته‌ها، مؤثر و مفید بوده است؟

جلسه چهارم	مداخله	(الف) تائید هیجانات و اعتباربخشی به شکایت اصلی؛ (ب) تحسین؛ (ج) توصیه / تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	کمک‌رسانی	از مکالمه‌ی امروز، چه چیزهایی را بیش‌تر دوست دارید به خاطر داشته باشید؟ برنامه‌ریزی برای کمک‌رسانی بیش‌تر
		(الف) ما از موقعیت فعلی به کجا خواهیم رفت؟ آیا دوست دارید قرار ملاقات دیگری با من بگذارید؟ اگر بله، چه موقع؟ آیا باید تعداد جلساتمان را نامحدود تعیین کنیم؟؛ (ب) ارجاع / برنامه‌ریزی برای سایر منابع کمک‌رسانی.

روش اجرا. ابتدا با تمامی مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره و روان‌شناختی ذهن زیبای شهر بجنورد در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ به شرطی که متخصصان مرکز برای آن‌ها، تشخیص اختلال افسردگی اساسی داده باشند و علاقه‌مند و داوطلب شرکت در پژوهش باشند، ارتباط برقرار شد. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه تخصیص داده شدند. از این تعداد ۱۵ نفر، درمان راهبردی راه‌حل‌مدار دریافت کردند و ۱۵ نفر در لیست انتظار قرار گرفتند. در دو نوبت دیگر (یک هفته و شش ماه پس از خاتمه‌ی جلسه‌های درمانی)، افراد هر دو گروه آزمایش و گواه در انتظار درمان مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در این مدت به گروه گواه آموزش‌هایی در زمینه بهداشت روان ارائه شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر شامل: ۱- پیش از شروع کار از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. ۲- پیش از شروع کار شرکت‌کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع شد. ۳- از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت خواهد شد. ۴- نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر شد. ۵- در صورت مشاهده هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم جهت پیگیری به داوطلبین ارائه گردید. ۶- مشارکت در تحقیق موجب هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نشدند. ۷- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی ندارد. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-۲۲ استفاده گردیده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۷/۹ (۸/۵) و گروه گواه ۳۸/۶ (۷/۹) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۲ و ۴۸ سال و در گروه گواه، ۲۳ و ۵۰ سال بود.

جدول ۲. میانگین (انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های هیجانی	راه‌حل‌مدار	۵۹/۱۱	۱۴/۸۷	۵۲/۵۰	۱۲/۶۱
	گواه	۵۸/۴۵	۱۳/۶۱	۵۷/۳۰	۱۳/۶۳
نشانه‌های شناختی	راه‌حل‌مدار	۵۷/۱۵	۱۵/۵۲	۴۸/۴۵	۱۳/۱۲
	گواه	۵۸/۴۰	۵/۰۴	۵۸/۱۰	۵/۰۲
	راه‌حل‌مدار	۴۴/۵۵	۱۱/۱۹	۳۸/۴۵	۱۰/۱۴
					۳۷/۹۰

۱۰/۱۴	۴۰/۶۰	۱۰/۱۹	۴۱/۰۵	۱۰/۱۸	۴۲/۶۰	گواه	نشانه‌های انگیزشی
۶/۵۸	۱۶/۵۰	۶/۳۲	۱۶/۸۰	۸/۷۰	۲۰/۵۵	راه‌حل‌مدار	نشانه‌های نباتی
۸/۷۲	۲۱/۹۵	۸/۸۳	۲۰	۹/۰۰	۲۲/۶۵	گواه	

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره کیفیت زندگی و آشفتگی زناشویی در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
نشانه‌های هیجانی	آزمایش	۱۵	۱/۴۱	۳۰	۱/۵۰	۳/۱۵	۰/۱۶
	گواه	۱۵	۰/۷۸	۳۰	۰/۲۲	۰/۸۴	۰/۸۵
نشانه‌های شناختی	آزمایش	۱۵	۰/۸۱	۳۰	۲/۳۳	۰/۱۸	۰/۲۷
	گواه	۱۵	۰/۹۷	۳۰	۰/۵۱	۲/۶۹	۰/۱۶
نشانه‌های انگیزشی	آزمایش	۱۵	۰/۸۲۱	۳۰	۲/۸۵	۰/۱۰	۰/۱۹
	گواه	۱۵	۱/۱۲	۳۰	۰/۵۱	۲/۴۴	۰/۱۶
نشانه‌های نباتی	آزمایش	۱۵	۰/۷۸۱	۳۰	۱/۰۳	۰/۳۱	۰/۲۷
	گواه	۱۵	۱/۱۰	۳۰	۰/۵۷	۲/۷۳	۰/۱۷

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای نشانه‌های افسردگی اساسی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای نشانه‌های افسردگی اساسی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشانه‌های افسردگی اساسی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
نشانه‌های هیجانی	زمان	۱۱۹/۴۶	۱/۱۳	۹۲/۷۱	۱۴۸/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴
	زمان*گروه	۹۳/۹۵	۲/۲۶	۷۲/۹۱	۱۱۶/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
نشانه‌های شناختی	زمان	۱۴۶/۹۴	۲	۱۴۶/۹۴	۴۱/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
	زمان	۷۱۴/۰۶	۱/۵۵	۵۱۶/۹۵	۲۷۳/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰

نشانه‌های شناختی	زمان* گروه	۵۹۸/۸۶	۳/۱۱	۴۳۳/۵۵	۲۲۹/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
	گروه	۱۱۶۶/۴۰	۲	۱۱۶۶/۴۰	۱۲/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱
	زمان	۴۰۰/۰۸	۱/۱۳	۲۹۶/۷۰	۲۶۱/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
نشانه‌های انگیزشی	زمان* گروه	۲۷۷/۰۶	۲/۲۶	۲۰۵/۴۶	۱۸۱/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
	گروه	۲۶۰/۱۰	۲	۲۶۰/۱۰	۴/۹۳	۰/۰۳۵	۰/۱۵
	زمان	۹۹۷۸/۸۲	۱/۱۸	۵۹۰/۴۸	۳۳۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
نشانه‌های نباتی	زمان* گروه	۹۳۹۲/۱۵	۲/۳۶	۴۶۰/۶۴	۳۱۱/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸
	گروه	۱۷۱۶۷/۲۱	۲	۱۷۱۶۷/۲۱	۲۹/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که اثر زمان و گروه معنادار است. تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه نشانه‌های افسردگی اساسی

متغیر	گروه	مراحل	پس آزمون	پیگیری
نشانه‌های هیجانی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۶/۶۱*	۷/۸۱*
		پس آزمون	-	۱/۲۰
	گروه گواه	پیش آزمون	۰/۰۹	۰/۱۱
		پس آزمون	-	۰/۰۷
نشانه‌های شناختی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۸/۷۰*	۷/۸۰*
		پس آزمون	-	-۰/۹۰
	گروه گواه	پیش آزمون	-۰/۰۶	-۰/۰۸
		پس آزمون	-	-۰/۱۱
نشانه‌های انگیزشی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۶/۱۰*	۶/۶۵*
		پس آزمون	-	۰/۵۵
	گروه گواه	پیش آزمون	-۰/۰۶	-۰/۰۸
		پس آزمون	-	-۰/۱۱
نشانه‌های نباتی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۳/۷۵*	۴/۰۵*
		پس آزمون	-	۰/۳۰
	گروه گواه	پیش آزمون	-۰/۰۶	-۰/۰۸
		پس آزمون	-	-۰/۱۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نمره متغیر نشانه‌های افسردگی اساسی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، کم‌تر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه درمان راه‌حل‌مدار اثربخشی بالا بر روی بهبود

نشانه‌های افسردگی اساسی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که نشانه‌های افسردگی اساسی در مرحله پیگیری در گروه درمان راه‌حل‌مدار نسبت به مرحله پس‌آزمون کاهش معنی‌داری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و نشانه‌های زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی زوجین بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های شناختی، هیجانی، انگیزشی، زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی تاثیر دارد. نتایج این یافته با پژوهش اورکی، مهدی زاده و درتاج (۱۳۹۷)؛ عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶)؛ کریمی، جمالی و خورانی کریمی (۱۳۹۴)؛ جاوید، احمدی، میرزایی و اتقایی (۲۰۱۹)؛ امینی نسب و همکاران (۲۰۱۸)؛ اکپاتسا و سگویا (۲۰۱۸)؛ حبیبی، قادری، عابدینی و جمشید نژاد (۲۰۱۶) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در واقع در درمان راهبردی راه‌حل‌مدار اعتقاد بر این است که نشانه‌های هیجانی اختلال افسردگی اساسی، واقعیت‌های خارجی نیستند بلکه واقعیت‌هایی در ذهن مراجع بوده و به همین دلیل هیچ راه‌حل منحصربه‌فردی برای هیچ مشکلی وجود ندارد. راه‌حل‌های متعدد فراوان‌اند، فقط باید آن‌ها را کشف کرد. دیدگاه راه‌حل‌محور به مراجعان کمک می‌کند تا با نگرستن به رفتارها و تعبیرشان از رفتار و موقعیت‌ها، راه‌حلی ایجاد کنند. راه‌حل‌ها به این دلیل امکان‌پذیرند که تغییر امری دائمی است. بر اساس دیدگاه مشاوره راه‌حل‌محور تغییر و دگرگونی امری اجتناب‌ناپذیر بوده و مخصوصاً تغییرات سازنده امکان‌پذیر است. لذا در این نوع درمان تمرکز بر روی مسائلی است که احتمال تغییر در آن‌ها وجود دارد نه به زمینه‌های سخت و غیرقابل تغییر (گانگ و هسا، ۲۰۱۷). همچنین درمان راه‌حل‌محور می‌تواند در جهت کمک به افراد در بهره‌گیری از کلام به‌عنوان راهی جهت نشانه‌های هیجانی اختلال افسردگی اساسی مؤثر باشد. در رویکرد راه‌حل‌محور با نگاه غیر آسیب‌شناختی به مشکلات توجه شده و از عامل ارتباط که باعث گرمی و پذیرش می‌شود به‌عنوان شالوده استفاده می‌شود و همکاری و همدلی باعث بهبود نشانه‌های هیجانی اختلال افسردگی اساسی در افراد می‌گردد. زمانی که افراد، به تأثیر کلام و گفتگو در حل مشکلات پی برده و از آن در جهت کاهش تعارضات بهره می‌برند (کیم، کلی و فرانکلین، ۲۰۱۷).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که با استفاده از روش مشاوره راه‌حل‌محور که به مراجعان به‌عنوان متخصصان شایسته و توانایی که قادر به حل مسائل خود هستند و به درمان به‌عنوان فرایندی که مراجع و درمانگر به‌وسیله آن واقعیات مطلوب را بازسازی می‌کنند، می‌نگرد. در طول فرایند درمان برای درمانگر مهم بود که روابط مشارکتی را با اصلاح زبان، عقاید و عملکردهای مراجع پایه‌گذاری کند و از زبان و سؤالات تغییرمحور استفاده کند. درمان راهبردی راه‌حل‌مدار با این عقیده که مراجعان قادر به تشخیص اهداف و شکل‌دهی راه‌حل‌های مؤثر برای موقعیت‌های مشکل‌ساز هستند ضرورتاً بر قدرتمند کردن و انعطاف‌پذیری مراجعان با کشف راه‌حل‌ها و استثنائات قبلی برای مسائل و تشویق مراجعان به تکرار رفتارهای مفید و مؤثر که اساس راه‌حل‌های تحقق اهداف را شکل می‌دهند، تمرکز می‌کند (ویچویکز، پاچالسکا، ریباک، گاسکی و ویسنویسکا، ۲۰۱۷). یکی از مداخلات کلیدی در درمان راهبردی راه‌حل‌مدار، جستجوی استثنائات برای منعطف شدن است. یافتن زمان‌هایی توسط مراجعین که استرس و اضطراب وجود نداشته یا قابل مدیریت

بیش‌تری بوده، توانست در بازسازی فهم مراجعان از انتخاب‌ها و محیط‌شان مفید باشد و به طبع منجر به افزایش میزان انعطاف‌پذیری در قبال فرد شود. فریدمن و کامبز جستجوی استثنائات را به‌عنوان راه‌هایی که افراد تجاربی را در مغایرت با داستان خود کسب می‌کنند، توصیف می‌کنند. با برجسته کردن وقایع متفاوت، آن‌ها فضایی را برای نوشتن داستان جدیدی برای خود به وجود می‌آورند. اگر مراجعان بتوانند استثنائات را تشخیص دهند، تکرار یا توسعه آن‌ها می‌تواند قسمت صحیح راهکار آن‌ها شود. در زمان‌های استثنائی، مراجع در حال کشف نوعی زندگی است که بدون مسئله باشد یا حداقل شدت مسائل تا اندازه‌ای کم‌تر شده باشد (اسمیز و مکداف، ۲۰۱۷).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان کوتاه مدت راه‌حل‌محور به فعالیت‌هایی که هر فرد از آن لذت می‌برد، توجه می‌کند و آن‌ها را به برقراری دوباره آن فعالیت‌ها تشویق می‌کند. درمان راه‌حل‌محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می‌کند. درمانگران راهبردی راه‌حل‌مدار حس خودکفایی و خودمختاری را در مراجعان تقویت می‌کنند. آن‌ها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌دهند (ریجنن و همکاران، ۲۰۱۸). درمانگران راه‌حل‌محور معتقدند که مشکلات افراد به وسیله روشی که فرد برای حل آن‌ها بکار می‌برد، باقی می‌مانند و بدتر می‌شوند. درمان راهبردی راه‌حل‌مدار مهارت‌های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد افراد می‌آورد، آن‌ها را قادر می‌سازد تا چرخه نامعیوب مشکل را نابود کنند و راه‌حل‌های طولانی مدت را توسعه دهند. در رویکرد راه‌حل‌محور، شناسایی استثنائات همراهی مراجع را در جهت مثبت تا انتهای فرایند درمان حفظ می‌کند. همانطور که دیشیزر توضیح داده برای مراجعان، اولین چیزی که به نظرشان می‌آید، خود مشکل است در حالی که برای درمانگران، اولین چیز، استثنائات است. هدف درمان راه‌حل‌محور این است که به این افراد کمک کند تا در موقعیت خود تغییراتی را به وجود آورند. این تغییرات می‌باید پایدار باشند نه سطحی و موقتی، هدف درمان آن است که به افراد کمک کند که از فرآیندهای تغییری که قبلاً شروع شده‌اند، آگاه شوند و راه‌حل‌های تداوم یا تشدید (تقویت) این تغییرات را پیدا کنند (جنکینز و گرمین، ۲۰۱۷)؛ که این کمک می‌کند تا فرد ظرفیت‌ها و قابلیت‌های درونی خود را ارتقا بخشد و در شرایط استرس‌زا توانایی مقابله با این شرایط را داشته باشد. همچنین در توجیه این یافته می‌توان گفت مشاوره درمان راهبردی راه‌حل‌مدار با ارائه رهنمودهای مثبت و با تأکید به قوت‌ها و توانایی‌های افراد به آن‌ها کمک می‌کند تا با رشد قوای اعتمادبه‌نفس و ایجاد نگرش‌های مثبت، توانایی مقابله با استرس‌ها، مشکلات زندگی را داشته باشند. این شیوه مشاوره‌ای علاوه بر این که در مراجعین ایجاد امید می‌نماید آن‌ها را به تفکر درباره امور زندگی وامی‌دارد که این به مراجعین کمک می‌کند تا به مسائل زندگی منطقی فکر کنند که این از به وجود آمدن بخشی از استرس‌ها و مشکلات در زندگی جلوگیری می‌کند. در سطح دیگر، هدف درمان صرفاً کمک به مراجع است که با تغییر از اجتناب کردن به حرف زدن درباره راه‌حل‌های حل مشکل بپردازند که این به مراجع توانایی بیش‌تری جهت مقابله با مشکلات را می‌دهد و آن‌ها را در مقابل مشکلات آتی سرسخت می‌سازد. علاوه بر این می‌توان گفت با توجه به این که درمان راه‌حل‌مدار شامل فرض‌های نیروبخشی همچون افراد سالم هستند، افراد باکفایت هستند، آن‌ها از توانایی ایجاد کردن؛ راه‌حل‌هایی که می‌تواند زندگی آن‌ها را بهتر کند، برخوردارند، می‌باشد (ژانگ، فرانکلین، کورین، پارک و کیم، ۲۰۱۸) و این فرض‌ها قوای درونی فرد را بالا می‌برد، دور از انتظار

نیست که افرادی که تحت رهنمودهای این رویکرد قرار می‌گیرند می‌توانند نشانه‌های زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی بهبود می‌یابد.

ممکن است آزمودنی‌ها در اثر پاسخ‌گویی متعدد به پرسشنامه (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) تحت تأثیر شرایط آزمون قرار گرفته و در نتیجه از دقت آن‌ها در پاسخ‌گویی کاسته شده باشد. علی‌رغم کوشش پژوهشگر در اجرای دقیق طرح درمان نمی‌توان مواجه شدن وی با بعضی از چالش‌ها در کار با افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی را نادیده انگاشت که این خود از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر بوده است. سنجش متغیرها در این پژوهش به صورت خود گزارش دهی انجام شده است و استناد به نتایج حاصل باید با احتیاط صورت گیرد؛ زیرا به دلیل حجم زیاد اطلاعات خواسته شده ممکن است برخی از آزمودنی‌ها با دقت به سؤالات پاسخ نداده باشند یا به صورت ناخودآگاه پرسشنامه‌ها را در جهت خود تأییدی پر کرده باشند. خلف وعده‌های بسیار زیاد برخی از افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی برای حضور در جلسات در نتیجه عدم رعایت فواصل جلسات یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. همچنین عدم امکان کنترل متغیرهایی مانند حمایت یا عدم حمایت‌های خانواده‌ها از افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از محدودیت‌های پژوهش بود. پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شد، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده پژوهش‌هایی به صورت کیفی و طولی انجام دهند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل وضعیت اقتصادی، دین، مذهب و قومیت کنترل شود. با توجه به مقرون به صرفه بودن، اهمیت و بی‌ضرر بودن روش‌های مشاوره‌ای درمان راه‌حل‌محور پیشنهاد می‌شود برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی کارگاه‌هایی با هدف آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌های اساسی این روش مشاوره‌ای برگزار شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سیاس‌گذاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اورکی، محمد، مهدیزاده، آتوسا و درتاج، افسانه. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم کمردرد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلابه کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۷(۲۶): ۲۵-۴۳.
- عزیزی، آرمان و قاسمی، سیمین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۸(۲۹): ۲۰۷-۲۳۶.
- کریمی، فریبا، جمالی، سارا و خورانی کریمی، توران. (۱۳۹۴). اثربخشی خنده‌درمانی و درمان راه‌حل‌مدار به شیوه گروهی. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۳(۴۱): ۴۶۵-۴۷۲.

References

- Akpatsa, E., & Segovia, A. M. (2018). Efficacy of Solution-Focused Therapy on Depression: A Case Study. *International Journal of Humanities and Social Science*, 10: 68-75.
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 40(4), 219.
- Aminnasab, A., Mohammadi, S., Zareinezhad, M., Chatrrouz, T., Mirghafari, S. B., & Rahmani, S. (2018). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Depression and Perceived Stress in Patients with Breast Cancer. *Tanaffos*, 17(4), 272.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical psychology review*, 36, 28-41.
- Franklin, C., Streeter, C. L., Webb, L., & Guz, S. (2018). *Solution Focused Brief Therapy in Alternative Schools: Ensuring Student Success and Preventing Dropout*. Routledge.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A., & Johnson, S. (2017). Solution focused brief therapy: A systematic review and meta-summary of process research. *Journal of marital and family therapy*, 43(1), 16-30.
- Gong, H., & Hsu, W. (2017). The effectiveness of solution-focused group therapy in ethnic Chinese school settings: A meta-analysis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(3), 383-409.
- Greenberg, L. S. (2016). Emotion-focused therapy: An overview. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(33).
- Habibi, M., Ghaderi, K., Abedini, S., & Jamshidnejad, N. (2016). The effectiveness of solution-focused brief therapy on reducing depression in women. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 2(4), 244.
- Hodes, G. E., Kana, V., Menard, C., Merad, M., & Russo, S. J. (2015). Neuroimmune mechanisms of depression. *Nature neuroscience*, 18(10), 1386-1393.
- Javid, N., Ahmadi, A., Mirzaei, M., & Atghaei, M. (2019). Effectiveness of Solution-Focused Group Counseling on the Mental Health of Midwifery Students. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, 41(08), 500-507.

- Jenkins, C., & Germaine, C. (2018). Solution-oriented learning to build resilience in mental health nursing students and recently qualified nurses. *Mental Health Practice, 21*(7).
- Kim, J. S., Brook, J., & Akin, B. A. (2018). Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. *Research on Social Work Practice, 28*(4), 452-462.
- Kim, J., Kelly, M., & Franklin, C. (2017). Solution-focused brief therapy in schools: A 360-degree view of the research and practice principles. Oxford University Press.
- Kim, J. S., & Franklin, C. (2015). Understanding emotional change in solution-focused brief therapy: Facilitating positive emotions. *Best Practices in Mental Health, 11*(1), 25-41.
- Kim, J. S., Franklin, C., Zhang, Y., Liu, X., Qu, Y., & Chen, H. (2015). Solution-focused brief therapy in China: A meta-analysis. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work, 24*(3), 187-201.
- Quick, E. K. (2008). Doing what works in brief therapy: A strategic solution focused approach. Academic Press.
- Reddy, P. D., Thirumoorthy, A., Vijayalakshmi, P., & Hamza, M. A. (2015). Effectiveness of solution-focused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression. *Indian Journal of Psychological Medicine, 37*(1), 87-89.
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Smith, C., Armour, M., Lee, M. S., Wang, L., & Hay, P. (2018). Acupuncture for depression (intervention review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Smith, S., & Macduff, C. (2017). A thematic analysis of the experience of UK mental health nurses who have trained in Solution Focused Brief Therapy. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 24*(2-3), 105-113.
- Wichowicz, H. M., Puchalska, L., Rybak-Korneluk, A. M., Gąsecki, D., & Wiśniewska, A. (2017). Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) in individuals after stroke. *Brain injury, 31*(11), 1507-1512.

پرسشنامه نشانه‌های بالینی افسردگی

گزاره‌ها و عبارات زیر را به دقت بخوانید و مشخص کنید حداقل در طی دو هفته‌ی گذشته تا به امروز، چقدر از آن‌ها را در زندگی روزمره‌ی خود تجربه کرده‌اید و پاسخی را انتخاب نمایید که به بهترین و دقیق‌ترین شکل ممکن، احساسات شما را در این مدت توصیف نماید. توجه نمایید که پاسخ صحیح و غلطی وجود ندارد.

۱. مدتی است که احساس می‌کنم حوصله‌ی انجام هیچ کاری را ندارم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲. این روزها، فکر می‌کنم که زندگی‌ام خیلی پوچ و بی‌هوده است. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۳. این روزها، اتفاقات جالب و جذاب نیز دیگر برایم لذت‌بخش نیست و من را خوشحال نمی‌کند. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۴. چند وقتی می‌شود که شب‌ها، خوابیدن برایم دشوار و طاقت‌فرسا شده است. (زیست‌شناختی - جسمانی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵. مدتی است که اشتها و میل به غذا خوردن در من دچار تغییرات و دگرگونی‌هایی شده است. (زیست‌شناختی - جسمانی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶. اخیراً به بهداشت و نظافت شخصی‌ام اهمیت چندانی نمی‌دهم (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۷. این روزها، فکر می‌کنم که موجودی بی‌مصرف و بی‌ارزش هستم. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد

۸. در انجام کارها و فعالیت‌ها، مقداری احساس کندی و آهستگی می‌کنم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۹. چند وقتی است که فکر می‌کنم مرگ و نیستی، بهتر از زیستن در این دنیا است. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۰. مدتی است که مثل سابق، از انرژی و جنب‌وجوش لازم برای انجام فعالیت‌های روزمره برخوردار نیستم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۱. این روزها، به نظرم زود عصبانی می‌شوم و از کوره درمی‌روم. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۲. چند وقتی است که فکر می‌کنم کسی من را دوست ندارد و هیچ‌کس به من توجه نمی‌کند. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۳. مدتی است که شب تا صبح، یک‌گوشه می‌نشینم و هیچ کار مفیدی انجام نمی‌دهم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۴. چند وقتی می‌شود که بابت اتفاقات و مسائل ناخوشایند زندگی، خودم را مُدام سرزنش می‌کنم و مقصر می‌دانم. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۵. این روزها، جواری خسته و فرسوده هستم که انگار ساعت‌ها بدون وقفه و استراحت، کار کرده‌ام. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۶. شب‌ها تا دیروقت در رختخواب بیدار هستم و خوابم نمی‌برد و یا صبح‌ها زود بیدار می‌شوم و دیگر خوابم نمی‌برد. (زیست‌شناختی - جسمانی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۷. مدت‌ها است که پیگیر سرگرمی‌ها و علائق‌ام نبوده‌ام. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۸. این روزها، به نظر می‌آید که مغزم هنگام تصمیم‌گیری درست عمل نمی‌کند و نمی‌توانم حساب‌شده تصمیم بگیرم. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۱۹. احساس اضطراب، تشویش و نگرانی، چند وقتی است که دامن‌گیر زندگی من شده است. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲۰. این روزها، افکاری در مورد مرگ و نیستی دارم؛ افکاری نظیر این‌که بمیرم و یا خودم را بکشم. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲۱. چند وقتی است که احساس گناه و خطاکار بودن، فکر من را می‌آزارد. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲۲. احساس می‌کنم که دیگر مثل سابق، خلاق و خوش‌ذوق و فعال نیستم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲۳. مدتی است که حافظه‌ام، درست کار نمی‌کند و اندکی فراموش کار شده‌ام. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲۴. چند وقتی است که مثل سابق، حوصله‌ی دوستان و آشنایان را برای رفت‌وآمد و مهمانی ندارم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲۵. مدت‌ها است که میل جنسی‌ام، کم کار شده است. (زیست‌شناختی - جسمانی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲۶. این روزها، ترجیح می‌دهم تنها باشم و حوصله‌ی سروکله زدن با دیگران را ندارم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲۷. چند وقتی است که زیاد گریه می‌کنم و اشک می‌ریزم. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۲۸. چند وقتی می‌شود که هیچ انگیزه‌ای برای درس خواندن، کار کردن و یا دنبال کردن علائق و سرگرمی‌هایم ندارم. (انگیزشی - رفتاری)

۲۹. اصلاً کم متوسط زیاد
این روزها، از همه چیز و همه کس، ناامید و مأیوس شده‌ام. (هیجانی - عاطفی)
۳۰. اصلاً کم متوسط زیاد
نسبت به چند وقت قبل، وزنم زیاد شده و یا کاهش یافته است. (زیست‌شناختی - جسمانی)
۳۱. اصلاً کم متوسط زیاد
از آخرین باری که خودارضایی کردم، مدت‌زمان زیادی می‌گذرد. (انگیزشی - رفتاری)
۳۲. اصلاً کم متوسط زیاد
مدتی است که احساس می‌کنم عمیقاً غمگین و ناراحت هستم. (هیجانی - عاطفی)
۳۳. اصلاً کم متوسط زیاد
خواب‌ام، آشفته و پریشان شده است؛ زیاد می‌خوابم و یا کلاً دچار بی‌خوابی هستم. (زیست‌شناختی - جسمانی)
۳۴. اصلاً کم متوسط زیاد
تمام کارهایم روی هم تلنبار شده است زیرا خسته‌تر و فرسوده‌تر از آن هستم که بتوانم کاری انجام بدهم. (انگیزشی - رفتاری)
۳۵. اصلاً کم متوسط زیاد
چند وقتی است که اعتماد به نفسم را از دست داده‌ام و احساس بی‌کفایتی می‌کنم. (شناختی - ادراکی)
۳۶. اصلاً کم متوسط زیاد
از چیزهایی که در گذشته، از آن‌ها لذت می‌بردم، دیگر لذت چندانی نمی‌برم. (هیجانی - عاطفی)
۳۷. اصلاً کم متوسط زیاد
آینده، تیره‌وتار و تاریک به نظر می‌رسد. (شناختی - ادراکی)
۳۸. اصلاً کم متوسط زیاد
این روزها، تحریک‌پذیر و عصبانی هستم و به سادگی خشمگین می‌شوم. (هیجانی - عاطفی)
۳۹. اصلاً کم متوسط زیاد
برای شروع یک فعالیت ساده مثل خرید، درس خواندن و یا سرکار رفتن، باید تلاش زیادی به خرج دهم. (انگیزشی - رفتاری)
۴۰. اصلاً کم متوسط زیاد
احساس بی‌قراری و تنش، مدتی است که با من همراه شده است. (هیجانی - عاطفی)
۴۱. اصلاً کم متوسط زیاد
این روزها، خیلی به شکست‌ها و بدبختی‌ها و مشکلات زندگی‌ام، فکر می‌کنم. (شناختی - ادراکی)
۴۲. اصلاً کم متوسط زیاد
چند وقتی می‌شود که حتی در گرفتن ساده‌ترین تصمیمات نیز ناتوان هستم. (شناختی - ادراکی)
۴۳. اصلاً کم متوسط زیاد
مدتی است که افکاری در مورد ابتلا به انواع بیماری‌ها از جمله سرطان، ذهن من را به خود مشغول کرده است. (شناختی - ادراکی)
۴۴. اصلاً کم متوسط زیاد
این روزها، فکر می‌کنم که هیچ چشم‌انداز خوش‌بینانه و زیبایی در زندگی وجود ندارد. (شناختی - ادراکی)
۴۵. اصلاً کم متوسط زیاد
مدتی است که احساس درد مبهم و نامشخصی در بدنم، من را می‌آزارد. (زیست‌شناختی - جسمانی)
۴۶. اصلاً کم متوسط زیاد
احساس غم عجیبی می‌کنم؛ غم و اندوهی که تا به حال آن را تجربه نکرده‌ام. (هیجانی - عاطفی)
۴۷. اصلاً کم متوسط زیاد
موضوعات جنسی و شهوانی، دیگر مثل گذشته، برایم مهیج و لذت‌بخش نیستند. (هیجانی - عاطفی)
۴۸. اصلاً کم متوسط زیاد
احساس دل‌زدگی و بی‌زاری از همه چیز و همه کس، بر زندگی‌ام سایه انداخته است. (هیجانی - عاطفی)
۴۹. اصلاً کم متوسط زیاد
مدت‌ها است که مثل سابق، مهمانی رفتن و تعامل با دوستان، من را خوشحال و سرزنده نمی‌کند. (هیجانی - عاطفی)

۵۰. تمرکز روی فعالیت‌ها، برایم سخت و طاقت‌فرسا شده است. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵۱. این روزها، بدون دلیل خاصی به گریه می‌افتم و یا بغض فروخورده‌ای دارم. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵۲. این روزها، حال‌وروز خوبی ندارم و در طول روز، حتی اتفاقات خوشحال‌کننده نیز مرا سرحال نمی‌کند. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵۳. این روزها، چنان غمگین و دل‌شکسته هستم که انگار اتفاق بدی افتاده است. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵۴. چند وقتی است که احساس بی‌زاری و نفرت عجیبی از مسائل جنسی پیدا کرده‌ام. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵۵. انگیزه‌ای برای کار کردن ندارم و اگر فعالیتی را هم شروع نمایم، آن را نیمه‌کاره رها می‌کنم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵۶. اراده‌ام برای انجام دادن کارها و امور زندگی، فلج و متزلزل شده است. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵۷. مدتی است که تغییرات آزاردهنده‌ای در بدنم احساس می‌کنم (سوءهاضمه، یبوست، سردرد و نامنظمی دوران قاعدگی).
 (زیست‌شناختی - جسمانی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵۸. مدتی است که احساس می‌کنم سرعت گفتار، تفکر و حرکات بدنم، کند و آهسته شده است. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۵۹. احساس تنیدگی یا از هم گسیختگی می‌کنم. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۰. احساس می‌کنم که انگار کم تحرک شده‌ام. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۱. هنوز از چیزهایی که قبلاً لذت می‌بردم احساس لذت می‌کنم (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۲. دیگر به ظاهر نمی‌رسم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۳. من می‌توانم بخندم و نکات خنده‌آور را تشخیص دهم. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۴. افکار نگران‌کننده‌ای به ذهنم خطور می‌کند. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۵. در انتظار چیزهای خوشایندم. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۶. می‌توانم از یک کتاب خوب یا برنامه رادیویی یا تلویزیونی لذت ببرم. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۷. احساس می‌کنم چیزها خارج از کنترل من است. (شناختی - ادراکی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۸. از خانواده و دوستان دست کشیده‌ام. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۶۹. توی خودم هستم و به کسی کاری ندارم. (انگیزشی - رفتاری)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۷۰. غمگین هستم، بهتر آن است که آن را در خودم نگه دارم. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد
۷۱. به گریه فکر می‌کنم ولی نمی‌توانم گریه کنم. (هیجانی - عاطفی)
 اصلاً کم متوسط زیاد

۷۲. درباره عملکرد جنسی‌ام نگرانم. (انگیزشی - رفتاری)
اصلاً کم متوسط زیاد
۷۳. درد و رنج غیرقابل توصیفی داشتم. (هیجانی - عاطفی)
اصلاً کم متوسط زیاد
۷۴. به هیچ چیز احساسی ندارم. (هیجانی - عاطفی)
اصلاً کم متوسط زیاد
۷۵. من بیش از حد معمول عصبی و هیجان زده [تحت فشار] هستم. (هیجانی - عاطفی)
اصلاً کم متوسط زیاد
۷۶. در تصمیم‌گیری اعتماد به نفس ندارم. (شناختی - ادراکی)
اصلاً کم متوسط زیاد
۷۷. هنگامی که در جمع هستم، خود را بخشی از آنان احساس نمی‌کنم. (هیجانی - عاطفی)
اصلاً کم متوسط زیاد
۷۸. احساس می‌کنم در دام افتاده‌ام. (شناختی - ادراکی)
اصلاً کم متوسط زیاد
۷۹. خودم باید مشکلاتم را حل کنم. (شناختی - ادراکی)
اصلاً کم متوسط زیاد
۸۰. الکل یا مواد مخدر به من کمک کرده‌اند احساس بهتری داشته باشم. (هیجانی - عاطفی)
اصلاً کم متوسط زیاد

The effectiveness of solution-focused therapy on emotional, cognitive, motivational and biological symptoms of major depressive disorder in men and women

Seyyed Hossein. Alavi¹, Mehdi. Ghasemi Motlagh^{*2}, Behrang. Esmaeili Shad³, & Abolfazl. Bakhshipour⁴

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of strategic solution-oriented therapy on emotional, cognitive, motivational and biological symptoms of major depressive disorder. **Methods:** The present study was applied in terms of research purpose. The quasi-experimental research design was pretest-posttest with control group and quarterly follow-up. The statistical population of the study included all men and women who referred to Bojnourd Beautiful Mental Counseling and Psychology Center in 2019-20, who referred to psychiatrists, psychologists and mental health specialists and the center specialists diagnosed them with major depressive disorder. The sample of this study includes 30 people from the mentioned community who were selected using purposive sampling method and using simple randomization method in two groups of solution-focused therapy (n= 15) based on Quick (2008) protocol and control group (n=15) were assigned. Data were obtained using a Depression Inventory (researcher-made). In the descriptive statistics section, mean and standard deviation and in the inferential statistics section, the analysis of variance with repeated measures was used. **Results:** The results showed that strategic solution-oriented therapy reduces the symptoms of emotional (F=41.16, P<0.001), cognitive (F=12.87, P<0.001), motivational (F=4.93, P=0.035) and biological (F=29.85, P<0.001) disorders. Major depression was effective. **Conclusion:** It can be concluded that strategic solution-oriented therapy is effective on emotional, cognitive, motivational and biological symptoms of major depressive disorder and can be used to improve the problems of people with major depression.

Keywords: solution-focused therapy, emotion, cognition, motivation, depression.

1. PhD Student, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Email: avestaps@yahoo.com

3. Department of educational sciences, bojnourd branch, Islamic Azad University, bojnourd, Iran.

4 Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.