

اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) بر کاهش نشانگان افسردگی زنان

نسرين دشتی زاده^۱، هاله ساجدی^۲، علی محمد نظری^۳، رضا داورنیا^{۳*}، محمد شاکرمی^۴

^۱دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مازندران، ایران؛ ^۲دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛ ^۳دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛ ^۴دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۱۹ تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۳۱

چکیده:

زمینه و هدف: درمان کوتاه مدت راه حل محور یکی از انواع درمان‌های متداول در کاهش مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی در بین درمانگران و مشاوران خانواده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش نشانگان افسردگی زنان طراحی شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و از روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بهره گرفته شده است. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۲۰ نفر از زنان مرکز همیاران سلامت روان شهر بجنورد که بر اساس مصاحبه بالینی و تشخیصی، افسردگی در مورد آن‌ها تشخیص داده شده بود. به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی بک (Beck) بود که توسط آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل گردید. درمان کوتاه مدت راه حل محور در ۶ جلسه ۱/۵ ساعته برای آزمودنی‌های گروه آزمایش برگزار شد؛ اما برای گروه کنترل مداخله‌ای ارائه نگردید. داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج کاهش معنی‌دار نمرات افسردگی زنان گروه آزمایش را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل نشان داد ($P < 0/001$). یافته‌ها حاکی از آن بود که درمان کوتاه مدت راه حل محور باعث کاهش علائم افسردگی زنان گروه مداخله شده و نتایج در دوره پیگیری نیز از ثبات لازم برخوردار بوده است. نتیجه‌گیری: درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی مؤثر است. مشاوران و روان‌درمانگران می‌توانند از این رویکرد درمانی مؤثر و کارآمد جهت حل مشکلات روان شناختی مراجعین بهره ببرند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، روان‌درمانی، راه حل محور.

مقدمه:

تمام سطوح زندگی محدود می‌کند، رنج می‌برند (۲). افسردگی باعث می‌شود که تقریباً ۱۲ درصد مردم جهان هزینه‌های سنگینی پرداخت کنند. اقتصاد دانان تخمین زده‌اند که مبتلایان به افسردگی برای درمان بیماری و مشکلات ناشی از آن خود سالانه ۴۳ میلیون دلار هزینه می‌کنند. ۱۵ درصد بیماران افسرده نیز بر اثر خودکشی می‌میرند (۳). تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها، شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان است.

افسردگی شایع‌ترین بیماری روانی در قرن حاضر است و به‌عنوان جدی‌ترین بیماری در نظر گرفته می‌شود و همانطور که دانشگاه هاروارد گزارش کرده در سال ۲۰۲۰ در صدر شایع‌ترین بیماری‌ها خواهد بود. افسردگی یک اختلال روانی است که بر تفکر، احساسات، رفتار و عملکرد فیزیکی فرد اثر می‌گذارد (۱). افرادی که با این بیماری ذهنی شناخته می‌شوند، اغلب از تخریب‌های اجتماعی، فیزیکی و روان‌شناختی که عملکردهایشان را در

حل محور در طول چند سال گذشته به خاطر تأکید بر تغییرات سریع درمانی و احترام به دیدگاه مراجع که هر دو با فلسفه‌ی مراقبت از سلامتی سازگارند، محبوبیت زیادی به دست آورده است (۱۴). هدف رویکرد راه حل محور مانند هدف همه‌ی مداخلات درمانی، کمک به مراجع برای ایجاد راه‌حلی است که کیفیت مثبت‌تری از زندگی را تولید می‌کنند (۱۵).

درمان کوتاه مدت راه حل محور یک رویکرد آینده محور و هدف محور است که بر راه‌حل‌ها و ساخت مقیاس‌هایی برای اندازه‌گیری پیشرفت مراجع تمرکز می‌کند (۱۶). در درمان راه حل محور، یک مسئله به‌عنوان استثنای مسئله مفهوم‌سازی می‌شود. اگر موارد استثناء تقویت و مشخص شوند، سپس راه حل مسئله می‌تواند در حالتی مؤثر و کارآمد آورده شود (۱۷). در این درمان فرض بر این است که مراجعین قادر به شناسایی بهترین اهداف شخصی خود هستند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد، این رویکرد حتی در موارد اورژانس نیز می‌تواند نتایج مطلوبی را به همراه داشته باشد. رویکرد کوتاه مدت راه حل محور مراجعین را آسیب‌شناسی نمی‌کند، بلکه آنان را به‌عنوان یک فرد گرفتار در پرداختن به مشکلات می‌پندارد (۱۸).

این رویکرد به‌جای تأکید بر نقایص و ناتوانی‌های افراد بر برجسته کردن قابلیت‌ها و موفقیت‌های افراد و ایجاد روابط حمایتی در طی فرایند درمان متمرکز است (۱۹). در درمان راه حل محور کشف آرام موارد استثناء در زندگی مراجع می‌تواند امیدواری و کمک را به مراجع القاء کند تا نزدیک شدن به آینده‌ی بهتری را ببیند (۲۰). بر اساس دیدگاه راه حل محور تغییر و دگرگونی امری اجتناب‌ناپذیر بوده و تغییرات سازنده امکان‌پذیر است؛ لذا در این نوع درمان، به‌جای زمینه‌های سخت و غیرقابل تغییر، تمرکز بر روی مسائلی است که احتمال تغییر در آن‌ها وجود دارد. به همین علت درمان راه حل محور به مشاوره امیدواری شهرت پیدا کرده است (۲۱). تحقیقات نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند به

از میان همه بیماری‌های جسمی و روانی در زنان ۱۵-۴۵ ساله، افسردگی شایع‌ترین بیماری شناخته شده است (۴). افسردگی بر زندگی زنان بیشتر از مردان تأثیر می‌گذارد و تقریباً ۲۰ درصد زنان در طول زندگی تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند (۵). مطالعات شیوع افسردگی در ایران نشان می‌دهد که احتمال ابتلای زنان به افسردگی (۳۰/۵ درصد) بیشتر از مردان (۱۶/۷ درصد) است (۶).

افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است (۷). افسردگی با علل عمده ناخوشی و مرگ و میر شامل بیماری قلبی عروقی، دیابت و سرطان رابطه دارد (۸-۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شیوع و وسعت افسردگی به طول مدت ازدواج و کیفیت روابط آن بستگی دارد. عوامل محیطی، فیزیکی و روان شناختی می‌تواند، علت افسردگی باشد. عوامل اصلی خطر برای افسردگی در میان زنان مسن‌تر شامل مرگ همسر، بازنشستگی، داروها، بیماری‌های مزمن، فقدان شبکه‌های حمایتی اجتماعی، رخداد‌های استرس‌زای زندگی، تغییرات هورمونی و ... است (۱۱).

یکی از مداخلات درمانی مؤثر جهت کمک به بهبودی افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، درمان کوتاه مدت راه حل محور (Solution-Focused Brief Therapy) است. این درمان در اوایل سال ۱۹۸۰ در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت (Brief Family Therapy Center) در میلواکی ایجاد شد. درمان کوتاه مدت راه حل محور توسط دو مددکار اجتماعی به نام‌های Stive De Shazer و Insoo Kim Berg و همکارانشان که می‌خواستند اثر و تکنیک‌های درمانی کوتاه مدت را برای کمک به تغییر مراجعین بررسی کنند، شکل گرفت (۱۲). به‌رغم آنکه تاریخچه‌ی درمان راه حل محور نسبتاً کوتاه است؛ اما در سال‌های اخیر این رویکرد در میان مشاوران و متخصصان سلامت روان در سراسر دنیا مشهور و متداول است (۱۳). درمان کوتاه مدت راه

از آنجا که افسردگی یکی از مشکلات روان شناختی مهمی است که افراد زیادی از آن رنج می‌برند و عدم تشخیص و درمان به موقع آن مشکلات عدیده‌ای را برای فرد ایجاد می‌کند؛ لذا درمان آن با رویکردهای درمانی کوتاه مدت که بهبودی سریعی را برای مراجعان فراهم می‌کنند، باید مورد توجه قرار گیرد. با توجه به مطالب و پژوهش‌هایی که درباره اثرات مؤثر و بهبود بخش درمان کوتاه مدت راه حل محور برای طیف وسیعی از مشکلات بالینی بیان گردید، حال در پژوهش حاضر محقق در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش نشانگان افسردگی زنان مؤثر است؟

روش بررسی:

پژوهش حاضر به شیوه نیمه تجربی و از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بهره گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش مشتمل بر تمامی زنان مراجعه‌کننده به مرکز همیاران سلامت روان شهر بجنورد تحت نظارت سازمان بهزیستی استان خراسان شمالی در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ می‌باشند. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بوده است. بدین صورت که از طریق اطلاع‌رسانی صورت گرفته از طریق مرکز، تعداد ۳۴ زن داوطلب به مرکز مراجعه نمودند که از میان داوطلبان با اجرای یک مصاحبه بالینی و تشخیصی تکمیلی بر مبنای Diagnostic and Statistical Manual and (Mental Disorders-IV-TR= DSM-IV-TR) توسط روانشناس بالینی، تعداد ۲۰ نفر از زنان که واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند، انتخاب و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (مبتلایان به افسردگی شناخته شده) و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند. از آنجایی که در گروه‌های مشاوره و روان‌درمانی بهتر است اندازه گروه بیش از ۱۰ تا ۱۲ نفر نباشد (۳۰)، تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست. معیارهای ورود به مطالعه شامل

نتایج مطلوب بیانجامد و حتی در موارد اورژانسی خوب عمل می‌کند (۲۲).

در یک مطالعه گزارش کردند که درمان راه حل محور با موفقیت ۷۰ درصدی برای طیف وسیعی از مسائل بالینی شامل افسردگی، تمایل به خودکشی، مشکلات خواب، اختلالات تغذیه، کشمکش‌های کودک-والدین، مسائل زوجین، سوءاستفاده جنسی و خشونت خانوادگی همراه است (۲۳). پژوهشی که در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت انجام شد، موفقیت ۸۰ درصدی درمان کوتاه مدت راه حل محور را در بهبودی مراجعان شش ماه پس از اتمام درمان نشان داد (۲۴).

Maljanen و همکاران در پژوهش خود نتیجه گرفتند که درمان کوتاه مدت راه حل محور در بهبود افسردگی و اختلالات اضطرابی در پیگیری یک ساله مؤثر بوده است (۲۵). Reddy و همکاران در پژوهش خود به بررسی تأثیر درمان کوتاه مدت راه حل محور در بهبود علائم افسردگی یک دختر نوجوان با علائم افسردگی متوسط پرداختند و نشان دادند که پس از جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور علائم افسردگی بهبود یافته است (۲۶).

در پژوهش Smock و همکاران، درمان راه حل محور باعث بهبود نشانگان افسردگی و کاهش پریشانی در معتادان افسرده گردید (۲۷). Dahl و همکاران درمان راه حل محور را برای ۷۴ بیمار در سنین ۸۹-۶۵ که از افسردگی، اضطراب و مسائل زناشویی رنج می‌بردند، به کار بردند. نتایج، پیامدهای مثبتی را در نمرات ارزیابی خود، نمرات هیجانی، مقیاس ارزیابی جهانی عملکرد و رضایتمندی بیماران نشان دادند (۲۸). Pomeroy و همکاران درمان راه حل محور را برای ۱۲ بیمار مبتلا به ایدز افسرده و دارای عدم رضایت زناشویی به کار بردند. نتایج حاکی از آن بود که درمان راه حل محور موجب کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود رضایت زناشویی شده است (۲۹). نتایج مطالعه Estrada و Beyebach نیز نشان داد که درمان راه حل محور باعث کاهش میزان افسردگی ناشنوایان افسرده شده است (۱۲).

مختصری از شیوه‌ی اجرای جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور در جدول شماره ۱ آمده است (۳۱).

جدول شماره ۱: ساختار جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	تعریف مشکل دعوت از مراجع که مشکل را در یک کلمه بگوید و آن کلمه را به یک جمله تبدیل کند تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس بحث و مناظره درباره مشکل بررسی تکالیف هفته قبل تعیین هدف
جلسه دوم	بررسی راه‌حل‌های برطرف‌کننده‌ی شکایات فرمول‌بندی حلقه‌های راه حل مشکلات
جلسه سوم	خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی مشکل حرف زدن درباره آینده استفاده از فن استنناها و سوالات معجزه‌ای پیدا کردن یک داستان مثبت
جلسه چهارم	بررسی تکالیف و خلاصه‌ای از جلسه قبل توضیح فن شاه‌کلید و استفاده از آن استفاده از فن سوالات مقیاسی
جلسه پنجم	بررسی تکالیف هفته قبل ادامه فن شاه‌کلید هفته قبل استفاده از فن تکالیف وانمودی استفاده از سوالات راه حل محور
جلسه ششم	استفاده از برهان خلف و شرط‌بندی متناقض خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی تکالیف انجام‌شده استفاده از سوالات درجه‌دار تعیین اینکه آیا مراجعان به اهداف درمان دست یافته‌اند؟ اجرای پس‌آزمون و هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده

داشتن ملاک‌های تشخیصی افسردگی به مدت حداقل دو هفته، تعهد به جهت حضور در جلسات درمانی تا پایان جلسات و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات درمانی بود. داشتن دوره‌هایی از حالت‌های مانیک و هیپومانیک، داشتن ضایعات عضوی و نارسایی‌های شناختی همچون دمانس و عقب‌ماندگی ذهنی، دارا بودن بیماری جسمی مزمن و سوء‌مصرف و وابستگی به مواد مخدر نیز ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. قبل از آغاز جلسات، در مورد اهداف و ماهیت جلسات درمانی برای شرکت‌کنندگان دو گروه توضیحاتی داده شد. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه مطرح گردید و تمامی آزمودنی‌ها اعلام نمودند که با رضایت کامل در فرایند پژوهش حضور خواهند داشت.

پس از جایگزینی آزمودنی‌های پژوهش در گروه‌های مداخله و شاهد و تکمیل پرسشنامه پژوهش توسط آن‌ها در مرحله پیش‌آزمون، گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه ۱/۵ ساعته به شیوه گروهی و با توالی هر هفته ۱ جلسه تحت مداخله درمانی راه حل محور قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل تا پایان فرایند پژوهش درمانی دریافت نمودند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدد ۲ گروه به ابزار پژوهش پاسخ گفتند و با هماهنگی صورت گرفته، ۱ ماه پس از آخرین جلسه درمان، هر ۲ گروه در ۱ جلسه پیگیری نیز شرکت نمودند. پس از پایان مرحله پیگیری به جهت رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و تعهدات داده شده و تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل، برای آزمودنی‌های گروه کنترل کارگاه روان‌درمانی راه حل محور به مدت ۱ روز برگزار شد.

ابزار پژوهش در این مقاله پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory)

خودکشی همبسته است. این یافته‌ها بیانگر روایی مناسب این سازه با سازه‌های دیگر است (۳۵،۳۲). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS انجام شد. در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار، برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای بررسی همگنی واریانس‌های ۲ گروه از آزمون لون استفاده شد. در سطح آمار استنباطی نیز از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها:

میانگین سنی آزمودنی‌های پژوهش ۳۵/۳۴ و انحراف استاندارد آن ۵/۶۷ سال بود. از نظر تحصیلات ۰/۳۰ آزمودنی‌ها مدرک تحصیلی راهنمایی، ۰/۵۰ دیپلم و ۰/۲۰ مدرک کاردانی داشتند. جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیر افسردگی را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

که دارای ۲۱ ماده می‌باشد که در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این پرسشنامه نگرش‌ها و نشانه‌های افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال پرسشنامه افسردگی بک شامل ۱ مقیاس ۴ جمله‌ای است که دامنه آن از ۰ تا ۳ مرتب شده است. حداکثر و حداقل نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۶۳ و ۰ است. بررسی‌های به عمل آمده در زمینه اعتبار این پرسشنامه حاکی از اعتبار مناسب این ابزار است. در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ و دو نیم کردن پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۳ و ضریب باز آزمایی به فاصله ۳ هفته روی ۵۹ دانشجوی پسر ۰/۴۹ گزارش شده است (۳۲). مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه بک- ویرایش دوم در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است (۳۳،۳۴). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه با خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا، خودکارآمدی و عملکرد مدرسه، ناامیدی و تحریف‌های شناختی و عقاید

جدول شماره ۲: مشخصه‌های آماری متغیر افسردگی بر حسب نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

آزمایش و کنترل

گروه‌ها	آزمون‌ها		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۲۵/۵	۱/۸۴	۱۱/۹	۱/۵۸	۱۰/۹	۱/۱۹
گروه کنترل	۲۵/۸	۱/۹۳	۲۶/۱	۲/۷۲	۲۵/۶	۲/۲۲

پس‌آزمون‌ها، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده شد.

در طرح نیمه تجربی پژوهش، پیش از تحلیل فرضیه پژوهش، پیش فرض‌های مهم برای استفاده از این آزمون آماری (نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که در ادامه آمده است.

نتایج ارائه شده در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر افسردگی در گروه آزمایش کاهش یافته است؛ در حالی که تغییر محسوسی در میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. برای آزمون فرضیه پژوهش با توجه به وجود متغیر پیش‌آزمون و امکان وجود تفاوت اولیه ۲ گروه آزمایش و کنترل، برای کم کردن تفاوت اولیه و مقایسه

توجه به فقدان تعامل بین گروه‌ها و پیش آزمون $(F_{1,18}=0/64, P>0/05)$ ، پیش فرض یکسانی شیب رگرسیون نیز رعایت گردید. با توجه به تأیید پیش فرض‌های مذکور نتایج تحلیل کواریانس در جدول شماره ۳ ارائه گردیده است.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که توزیع نمرات پیش آزمون $(Z=0/752, P>0/05)$ و پس آزمون $(Z=1/09, P>0/05)$ و پیگیری $(Z=1/12, P>0/05)$ نرمال می‌باشد؛ همچنین با

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	آزمون F	سطح معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر گروه	۱۷۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱	۰/۹۶
اثر پیگیری	۳۱۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۰/۹۷

F: آزمون تحلیل کواریانس

آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری کاهش داده است و بین زنانی که مداخله درمانی راه حل محور را دریافت کرده‌اند و زنانی که درمان را دریافت نکرده‌اند، از نظر میزان افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد؛ همچنین یافته‌ها بیانگر این است که اثر روان‌درمانی راه حل محور یک ماه پس از خاتمه درمان و در مرحله پیگیری نیز همچنان پایدار بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات Spilsbury و Dahl و همکاران که در تحقیقات خود نتیجه می‌گیرند که درمان کوتاه مدت راه حل محور باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب می‌گردد، همخوان می‌باشد (۳۶، ۲۸)؛ Lee و همکاران رویکرد راه حل محور را برای درمان افراد افسرده استفاده کردند و نتیجه حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش افسردگی بود (۳۷) و جوانمیری و همکاران در پژوهش خود نتیجه گرفتند که مشاوره گروهی راه حل محور در کاهش میزان افسردگی دختران نوجوان مؤثر است (۳۸)؛ همچنین نتایج پژوهش با یافته‌های تحقیقات Maljanen و همکاران (۲۵)، Reddy و همکاران (۲۶)، Estrada و Beyebach (۱۲)، Murphy Sundstrom (۳۹) و Lee Gruninger (۴۰) همسو و در تأیید نتایج آن‌ها می‌باشد.

با توجه به مقادیر نمایش داده شده در جدول شماره ۳، نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه بیانگر این است که در متغیر افسردگی بین ۲ گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد $(P<0/001)$ ؛ لذا می‌توان گفت درمان کوتاه مدت راه حل محور باعث کاهش افسردگی زنان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون شده است؛ همچنین با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۳ در مرحله پیگیری، ازلحاظ میزان افسردگی تفاوت معنی داری بین ۲ گروه آزمایش و کنترل مشاهده می‌شود $(P<0/001)$. این مطلب بدین معناست که اثر درمان یک ماه پس از خاتمه درمان و در دوره پیگیری باقی مانده است. میزان تأثیر الگوی درمانی در مرحله پس آزمون ۶۲ درصد بوده است؛ یعنی ۶۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی مربوط به تأثیر مداخله‌ی کوتاه مدت راه حل محور (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری ۰/۹۶ در مرحله پس آزمون و ۰/۹۷ در مرحله پیگیری است.

بحث:

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که روان‌درمانی راه حل محور علائم افسردگی زنان گروه

می‌کند. در این درمان فرض می‌شود که اگر این استثناها شناسایی و تقویت شوند، تغییر چشمگیری در طرز تفکر مراجع در مورد افسردگی‌اش ایجاد خواهد شد. تغییر شناختی ناگهانی در مراجع در جهت تشخیص و شناسایی استثناها غالباً منجر به حرکت رو به بالایی می‌شود که به موجب آن بهبود قابل توجهی به وجود می‌آید. در درمان راه حل محور فرض می‌شود افرادی که شدیداً افسرده هستند، روزهایی را تجربه می‌کنند که افسردگی کمتری دارند. در این درمان فرض می‌شود که این روزهایی که مراجع کمتر افسرده است، استثنایی هستند و کلید پیشرفت و ایجاد راه‌حل‌ها هستند (۴۵).

درمانگران راه حل محور از فنون درجه‌بندی نیز برای بیماران افسرده استفاده می‌کنند. اغلب سوالات درجه‌بندی برای اندازه‌گیری پیشرفت در طول جلسات درمانی استفاده می‌شوند. سوالات درجه بندی از مراجعان می‌خواهند که وضعیت یا هدف خود را با مقیاس‌های ۱ تا ۱۰ رتبه بندی کنند. مثلاً در آغاز درمان از مراجع افسرده خواسته می‌شود تا شدت افسردگی خود را بر روی مقیاس درجه بندی مشخص کند. پس از چند جلسه درمان دوباره مراجع وضعیت مشکل خود را بر روی مقیاس درجه بندی مشخص می‌کند و بدینوسیله مراجع در هر بار درجه بندی، میزان کاهش شدت مشکلات خود را نظاره می‌کند. این تکنیک به مراجع کمک می‌کند، متوجه میزان پیشرفت و بهبود وضعیت خود را در جلسات درمان گردد (۴۶).

پرسش‌های معجزه‌ای نیز مداخله‌ای مؤثر در درمان افسردگی هستند، زیرا مراجع را وادار می‌کنند که تمرکزش را از روی آنچه عملی و سودمند نیست، به آنچه شدنی و عملی است، تغییر دهد. در درمان راه حل محور وقتی که درمانگر با استفاده از سؤال معجزه‌آسا از مراجع می‌پرسد اگر امشب معجزه‌ای رخ دهد و مشکل افسردگی تو کاملاً برطرف شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چگونه تشخیص می‌دهی که مشکل برطرف شده است؟ این گونه سوالات به مراجعان امیدواری می‌دهد که مشکلاتشان برطرف خواهد شد و

درمان کوتاه مدت راه حل محور از بسیاری از درمان‌های دیگر در اینکه درمانگر ادعایی برای متخصص بودن ندارد، متفاوت است. این یک روش متفاوت فکر کردن درباره‌ی فرایند کمک است (۴۱). درمانگران راه حل محور فرض می‌کنند که تغییر پایدار است و مراجعان ابتکار خاص خود را برای غلبه کردن بر مشکلات دارند (۴۲). برتری اصلی درمان راه حل محور از روش‌های روان‌درمانی سنتی این است که به جای تحلیل مسئله بر کشف راه‌حل‌ها تمرکز دارد (۴۳). در این رویکرد این اعتقاد وجود دارد که صحبت کردن درباره‌ی علل مسائل، مدت آن‌ها و اشاره به سختی تغییر دادن آن‌ها، اغلب باعث ایجاد احساس درماندگی بیشتری در مراجع می‌شود؛ بنابراین ایجاد تغییر اگر غیر ممکن نشود، مشکل‌تر می‌شود. به عبارت دیگر، صحبت کردن درباره‌ی اینکه چگونه مراجع می‌خواهد مسائل، متفاوت شوند و او چه کاری می‌تواند انجام دهد تا این اتفاق بیفتد، به وی کمک می‌کند تا باور کند که تغییر ممکن است، حس خودکارآمدی را بالا می‌برد و به او کمک می‌کند تا بر روی آنچه برای ایجاد تغییر نیاز دارد، تمرکز کند (۴۴).

بر طبق اصل (مشکل / استثنا) در درمان راه حل محور، افسردگی به صورت (افسردگی / عدم افسردگی) مفهوم‌سازی می‌شود. به عبارت دیگر افسردگی ضرورتاً دارای یک نقطه تمایز است، یعنی زمان‌هایی که مراجع افسرده نیست. در درمان راه حل مدار فرض می‌شود که افسردگی تا حد زیادی خودش را حفظ می‌کند، زیرا مراجع آن را یک اتفاق دائمی و همیشگی می‌بیند. نظریه تغییر در درمان راه حل محور بر این باور است که اگر مراجع بتواند استثناهایی را برای مشکل شناسایی و تقویت کند، در نتیجه می‌تواند تغییر عمیقی را ایجاد کند (یعنی استثناها تبدیل به قانون خواهند شد). در درمان راه حل محور این ایده وجود دارد که مراجعان دارای مهارت‌های مقابله‌ای، توانایی و منابع (مثل استثناها) از پیش موجودی هستند که نقشی حیاتی را در کاهش نشانه‌های افسردگی و دیگر مشکلات بالینی بازی

دید آن‌ها را نسبت به اینکه مشکل غیرقابل حل شدن است، تغییر می‌دهد (۴۵).

از آنجا که پژوهش حاضر بر روی زنان شهر بجنورد و بر اساس نمونه‌های مراجعه کننده به یک مرکز انجام گرفته است، باید در تعمیم نتایج به دیگر شهرها و مناطق جانب احتیاط کرد. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بوده است که یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش است. حجم نمونه کم و خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌باشند که توجه به آن ضروری است.

نتیجه‌گیری:

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان کوتاه مدت راه حل محور بهبودی رضایت بخشی را در زنان افسرده ایجاد کرده است. باید گفت از آنجا که این درمان به درمان امیدواری شهرت پیدا کرده، امید به زندگی بهتر و سالم‌تر را در مراجعان ایجاد می‌کند. امروزه درمان‌های روان‌شناختی کوتاه مدت با استقبال بیشتری از سوی مراجعان روبرو می‌شوند. درمان راه حل محور نیز به دلیل کوتاه مدت بودن فرایند درمان و پاسخگویی به نیازهای مراجعان در زمان کمتر و اثبات کارایی و سودمندی آن در پژوهش‌های مختلف به جایگاه برتری نسبت به انواع مختلف درمان‌های روان‌شناختی دست یافته است. در پژوهش‌های صورت گرفته در کشور ما نیز کارایی این مدل درمانی در درمان انواع مشکلات بررسی و به اثبات رسیده است. نتایج این پژوهش نیز در راستای تحقیقات صورت گرفته در داخل و خارج کشور، بر اثربخشی این رویکرد درمانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و

زناشویی مراجعان صحنه می‌گذارد. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد مشاوران و درمانگران از مؤلفه‌های درمانی رویکرد راه حل محور در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان بهره ببرند. با توجه به محدودیت در حجم نمونه این مطالعه توصیه می‌گردد، به منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی رویکرد راه حل محور با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای درمانی پرداخته شود. آموزش، کارورزی و بازآموزی مشاوران و درمانگران در استفاده از این مدل درمانی از دیگر پیشنهادها این پژوهش است.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

با توجه به نتایج این پژوهش که نشان داد درمان کوتاه مدت راه حل محور در بهبود علائم افسردگی زنان افسرده مؤثر بوده است و نیز نتایج پژوهش‌های گوناگون که حاکی از اثربخشی این رویکرد در درمان بسیاری از اختلالات روانی می‌باشد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد. این مدل درمانی کوتاه مدت در بیمارستان‌های روان پزشکی توسط روان درمانگران، مشاوران و روان پزشکان مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی:

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از زحمات و همکاری‌های مدیریت محترم مرکز همیاران سلامت روان خراسان شمالی سرکار خانم لیلا نیک‌سرشت و تمامی شرکت‌کنندگانی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع:

1. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science. 2004; 184: 386-92.

2. Martin A, Boadi N, Fernandes C, Watt S, Robinson-Wood T. Applying resistance theory to depression in black women. *Journal of Systemic Therapies*. 2013; 32(1): 1-13.
3. Hunter DC. The evolution of approaches to depression: From paradigm shifts to social contexts [dissertation]. USA: The Chicago School of Professional Psychology; 2011.
4. Rajabi Gh, Sotodeh Navrodi SO. A study of impact of group mindfulness based cognitive therapy on depression reduction and increase of marital satisfaction in married women. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2012; 20(80): 83-91.
5. Lucas M, Chocano-Bedoya P, Schulze MB, Mirzaei F, O'Reilly EJ, Okereke OI, et al. Inflammatory dietary pattern and risk of depression among women. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2014; 36: 46-53.
6. Kaveyani H, Johari F, Bahirani H. Cognitive therapy based on mindfulness (MBCT) in decreasing negative thoughts, inefficient attitude, depression, and anxiety, 60 days pursuit. *Journal of Newest Cognitive Sciences*. 2005; 7(1): 49-59.
7. Mohammadzadeh J. Investigation of prevalence rate of depression symptoms among Ilam University students. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2011; 19(2): 71-6.
8. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55(7): 580-92.
9. Pan A, Lucas M, Sun Q, van Dam RM, Franco OH, Willett WC, et al. Increased mortality risk in women with depression and diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 68(1): 42-50.
10. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*. 2003; 54(3): 269-82.
11. Deepa MR. Depression among institutionalized and non-institutionalized elderly widows and married women. *Indian Journal of Gerontology*. 2013; 27(3): 468-75.
12. Estrada B, Beyebach M. Solution-focused therapy with depressed deaf persons. *Journal of Family Psychotherapy*. 2007; 18(3): 45-63.
13. Kim JS. Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*. 2008; 18(2): 107-16.
14. Rothwell N. How brief is solution focused brief therapy? A comparative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2005; 12(5): 402-5.
15. Russell-Martin LA. Equine facilitated couples therapy and solution focused couples therapy: A comparison study [dissertation]. USA: North Central University; 2006.
16. Trepper TS, Dolan Y, McCollum EE, Nelson T. Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2006; 32(2): 133-9.
17. De Castro S, Guterman JT. Solution-focused therapy for families coping with suicide. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2008; 34(1): 93-106.
18. Kok-Mun Ng , Sejal P, Lan G. Integrative solution-focused brief therapy with a Chinese female college student dealing with relationship loss. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2012; 34(3): 211-30.
19. Davarniya R, Zaharakar K, Nazari AM. The effect of brief solution-focused couple therapy (BSFCT) approach on reducing couple burnout dimensions in women. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2015. 1(1): 36-46.
20. Pichot T. Looking beyond depression. In: Nelson, FNT, editors. *Handbook of solution focused brief therapy: Clinical applications*. New York, NY: Haworth; 2007: 117-24.
21. Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K. The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing marital stress in women. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2014; 22(4): 18-26.

22. Wand T. Mental health nursing from a solution focused perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2010; 19(3): 210-9.
23. Knekt P, Lindfors O, Harkanen T, Valikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, et al. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*. 2008; 38(5): 689-703.
24. Nazari AM, Goli M. The effect of solution-focused psychotherapy on marital satisfaction of dual-career couples. *Journal of Knowledge and Health*. 2007; 4(2): 36-40.
25. Maljanen T, Palta P, Harkanen T, Virtala E, Lindfors O, Laaksonen MA, et al. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*. 2012; 15(1): 13-23.
26. Reddy PD, Thirumoorthy A, Vijayalakshmi P, Hamza MA. Effectiveness of solution-focused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2015; 37(1): 87-9.
27. Smock SA, Trepper TS, Wetchler JL, McCollum EE, Ray R, Pierce K. Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2008; 34(1): 107-20.
28. Dahl R, Bathel D, Carreon C. The use of solution-focused therapy with an elderly population. *Journal of Systemic Therapies*. 2000; 19(4): 45-55.
29. Pomeroy EC, Green DL, Van Laningham L. Couples who care: The effectiveness of a psych educational group intervention for HIV serodiscordant couples. *Research on Social Work Practice*. 2002; 12(2): 238-52.
30. Sanai B. Group couceling and psychotherapy. Tehran: Chehr Pub; 2013.
31. Davodi Z, Etemadi A, Bahrami F, Shahsiah M. The effect of brief solution-focused couple therapy approach on couples' marital adjustment in men and women prone to divorce in 2010-2011 in Isfahan. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012; 3(55): 190-9.
32. Rajabi Qh, Karjoo Kasmai S, Jabbari H. The effect of cognitive couple therapy on decrease of depression and increase of marital satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 4(8): 9-17.
33. Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck depression inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety*. 2008; 25(10): E104-10.
34. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory. 2nd ed. *BDI-II-Persian. Depression and Anxiety*. 2005; 21(4): 185-92.
35. Byrne BM, Baron P, Larsson B, Melin L. The Beck Depression Inventory: testing and cross-validating a second-order factorial structure for Swedish nonclinical adolescents. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(3): 345-56.
36. Spilsbury G. Solution-focused brief therapy for depression and alcohol dependence: a case study. *Clinical Case Studies*. 2012; 11(4): 263-75.
37. Lee MY, Green GI, Mentzer RA, Pinnell S, Niles D. Solution- focused brief therapy and the treatment of depression: A pilot study. *Journal of Brief Therapy*. 2001; 1: 33-49.
38. Javanmiri L, Kimiaee SA, Ghanbari BA. The study of solution-focused group counseling in decreasing depression among teenage girls. *International Journal of Psychological Studies*. 2013; 5(1): 105-11.
39. Murphy Sundstrom S. Single- session psychotherapy for depression. Is it better to focus on problems or solutions [dissertation]. USA: Iowa State University; 1993.

40. Lee Gruninger B. Solution-focused brief therapy: Its uses, applications, and efficacy [thesis]. Canada: Athabasca University; 2005.
41. Kim JS. Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis using random effects modeling [dissertation]. USA: University of Texas at Austin; 2006.
42. Thomas FN, Nelson T. Assumptions within the solution-focused brief therapy tradition. In: Nelson TS, Thomas FN, eds. Handbook of solution-focused brief therapy: Clinical applications. New York: Haworth; 2007: 3-24.
43. Chaudhry S, Li CH. Solution-focused brief therapy culturally appropriate for Muslim American counselees? Journal of Contemporary Psychotherapy. 2011; 41(2): 109-13.
44. 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.
45. Guterman JT. Mastering the art of solution-focused counseling. Alexandria, VA: American Counseling Association; 2006: 142-46.
46. De Jong P, Hopwood LE. Outcome research on treatment conducted at the brief family therapy center, 1992-1993. In: Miller SD, Hubble MA, Duncan BL, eds. Handbook of solution-focused brief therapy. San Francisco: Jossey- Bass Inc; 1996: 272-98.

Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on reducing symptoms of depression in women

Dashtizadeh N¹, Sajedi H², Nazari AM³, Davarniya R^{3*}, Shakaram M⁴

¹Islamic Azad University Sari Branch, Mazandaran, I.R. Iran; ²Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, I.R. Iran; ³Kharazmi University, Tehran, I.R. Iran, ⁴Isfahan University, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 10/Des/2014 Accepted: 20/Jul/2015

Background and aims: Solution-focused brief therapy is one of the effective common therapies in reducing psychological problems such as depression among therapists and family counselors. The present research was aimed to investigate the effectiveness of solution-focused brief therapy on reducing symptoms of depression in women.

Methods: The present research is a semi-experimental study, and the method of pretest-posttest and follow-up with control group was used. The population of the present research included all the women who had depression problem and visited the center of counseling and mental health in Bojnourd city, under supervision of north Khorasan welfare organization, in 2013 and depression was diagnosed for them based on clinical and diagnostic interview. By using convenience sampling, 20 of those women were selected as the study sample. Then, through random assignment, they were placed randomly in 2 groups, control and experiment. The research tool was Beck Depression Inventory that was completed by participants in three phases of pretest, posttest, and follow-up. Solution-focused brief therapy was held in 6 sessions of 1.5-hour in groups for the experiment group, but the control group received no intervention. Data were analyzed through SPSS and using univariate covariance analysis method.

Results: The results indicated a significant reduction in depression scores in women of the experiment group in posttest and follow-up phases in relation to the control group ($P < 0.001$). Findings suggested that solution-focused brief therapy has led to reduce in depression symptoms of women in the experiment group and the results also have been consistent an enough reliable in the follow-up phase.

Conclusion: Solution-focused brief therapy is effective in reducing depression. Counselors and psychotherapists can use this effective therapeutic approach for solving psychological problems of clients.

Keywords: Depression, Psychotherapy, Solution- Focused.

Cite this article as: Dashtizadeh N, Sajedi H, Nazari AM, Davarniya R, Shakaram M. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on reducing symptoms of depression in women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015; 4(3): 67-78.

*Corresponding author:

Kharazmi University, Tehran, I.R. Iran, Tel: 00989155851629, E-mail: rezadavarniya@yahoo.com