

## تاثیر درمان کوتاه راه حل محور (SFBT) بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار

مجید ضرغام حاجبی<sup>۱</sup>، مریم نوری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم

### چکیده

در کشورهای در حال توسعه، اکثریت خانواده هایی که به وسیله زنان اداره می شوند دارای مشکلات متعدد اقتصادی، اجتماعی و اختلالات روانی هستند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان کوتاه راه حل محور بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سرپرست خانوار شهر تهران انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع طرح های پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر تهران بود. روش نمونه گیری، خوشه- ای چندمرحله ای بود، و ۲ کلینیک مددکاری که به زنان سرپرست خانوار، خدمات روانشناختی ارائه می دادند، انتخاب شد، سپس از هر کلینیک ۱۵ نفر (جمعاً ۳۰ نفر) به صورت تصافی انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه پرسشنامه اضطراب عمومی (ANQ) و افسردگی بک (BAI) استفاده بود. گروه آزمایش درمان کوتاه راه حل محور را دریافت کردند، در حالی که به گروه گواه هیچ درمانی داده نشد. برای تجزیه تحلیل داده ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس استفاده شد. یافته ها حاکی از آن بود که روش درمان کوتاه راه حل محور (SFBT) بر اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار مؤثر بود ( $p < 0/05$ ). این نتایج مبین این است که درمان کوتاه راه حل محور منجر به کاهش میزان افسردگی و اضطراب زنان سرپرست خانوار شده است.

**واژه های کلیدی:** درمان کوتاه راه حل محور، اضطراب، افسردگی، زنان سرپرست خانوار

## مقدمه

یکی از گروه های اجتماعی عمده که همواره برنامه ریزان و نهادهای حمایتی، شرایط رفاهی یا کیفیت زندگی آنها را بررسی کرده اند، زنان سرپرست خانوار است (رضایی و محمودی، ۱۳۹۷). این گروه از زنان به واسطه عواملی مانند طلاق، فوت، اعتیاد یا از کارافتادگی همسر، رها شدن توسط مردان مهاجر یا بی مبالاتی چنین مردانی به عنوان سرپرست خانوار یا بدسرپرست شناخته می شوند (هورل و کریشنان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). امروزه ۶۰ درصد از زنان در جهان، نان آور خانواده هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می کنند (بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۹۰). از جنگ جهانی دوم، تعداد خانوارهای تک سرپرست به طور مداوم در دنیای غرب در حال افزایش است. در ایرلند ۴۰ درصد و در کانادا ۵۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه هم ۵۰-۲۰ درصد کل خانواده ها به وسیله زنان اداره می شوند (شادی طالب و وهابی معصومی، ۱۳۸۴). در ایران نیز شاخص های آماری نشان می دهد که رشد زنان سرپرست خانوار در حال افزایش است، به طوری که در سال های ۱۳۵۵، ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۷/۳، ۱/۷، ۸/۴ و ۹/۵ از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده اند و این نسبت در سال ۱۳۹۰ ۱۲/۱ درصد رسید. این در حالی است که در خانوارهای مرد سرپرست سیر کاهشی وجود دارد (۹۲/۷ در سال ۱۳۵۵ به ۸۷/۹ در سال ۱۳۹۰) کاهش یافته است.

در حوزه روانشناسی، آدامز، سبیل، سومر و دیگران روانشناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار با تقبل نقش های متفاوت در برابر یک سری از مسائل نظیر استرس و اضطراب، بیماری های روانی و افسردگی قرار گرفته و بنابراین، وضعیت اعتماد به نفس و سلامت روحی و روانی آنها مورد خدشه واقع می گردد (بیمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹: ۱۶). کوهن<sup>۳</sup> (۲۰۱۱)، گروه عمده ای از زنان سرپرست خانوار با فقر، ناتوانی و بی قدرتی در زمینه اداره امور اقتصادی خانواده مواجه هستند به طوری که کارآمدی و سلامت روان آنها را مختل کرده و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می سازد. لذا این زنان نیازمند سازگاری مجدد هستند (کوینی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

از جمله متغیرهای مورد توجه اضطراب زنان است، و بررسی طرح مفهوم اضطراب در پژوهش حاضر ضروری به نظر می رسد. اختلالات اضطرابی از جمله شایع ترین اختلالات روانپزشکی می باشند (صداقت و همکاران، ۱۳۹۵). اضطراب، وضعیت هیجانی است که با احساس تنش، عصبانیت، نگرانی، ترس و افزایش فعالیت سیستم اعصاب اتونومیک مشخص شده و منجر به افزایش ضربان قلب، فشار خون و برون ده قلبی می گردد. اضطراب شایع ترین واکنش روانی در پاسخ به تغییرات و تجربیات جدید می باشد و مانند درد، علامتی هشدار دهنده و بیانگر خطری قریب الوقوع می باشد که فرد را به اتخاذ تدابیر ضروری برای مقابله و یا کاهش عوارض آن تحریک می نماید (کاسیم<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). در بسیاری از افراد، لحظات بحرانی مانند گذراندن امتحان یا شرکت در جمعی که دوست دارد تأثیر خوبی بر دیگران بگذارد، اضطراب فرد را به حد اعلای خود می رساند (اسمخانی اکبری نژاد، اعتمادی و نصیرنژاد، ۱۳۹۳).

<sup>۱</sup>Horrell S, Krishnan<sup>۲</sup>Beamon<sup>۳</sup>Cheeseman, Fergusen & Kohen<sup>۴</sup>Koyne<sup>۵</sup>Kassim

پژوهش‌ها حاکی از آن است که ۲۰ تا ۶۵٪ زنان دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند. به طور کلی می‌توان گفت که همه این تنیدگی‌ها در بدن زن برنامه ریزی شده اند، اما بعد روانشناختی آنها به تاریخچه زندگی شخصی، خانودگی و اجتماعی او وابسته است (رحمانی، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر ساختار زیستی بدن زن به گونه‌ای بنا شده که او بیش از مردان مستعد اضطراب و استرس می‌شود (مثل تغییرات هورمونی و زایمان)، اما شدت و نحوه آن به مسائل روانشناختی آن مثل شرایط محیط خانواده برمی‌گردد (ایمانی زاد، ۱۳۸۶). زنان به طور وسیعی از قدرت تصمیم‌گیری محرومند و تنها ۷٪ مشاغل مدیریتی را به عهده دارند. با اینکه زنان از نظر انضباط شغلی و تعهد و دقت، نسبت به مردان بهتر عمل می‌کنند، برای انتخاب در مشاغل سطح بالاتر، بیشتر مردان را انتخاب می‌کنند. از طرف دیگر با توجه به نقش‌های مورد انتظار از زنان و مردان، به نظر می‌رسد نوع و میزان فشاری که زنان سرپرست (زنان بیوه، زنان مطلقه و همسر معتادین) نسبت به سایرین، تجربه می‌کنند تا حدودی متفاوت از تجربه مردان باشد. در مورد زنان سرپرست خانواده این تفاوت بسیار جدی‌تر است. زنان سرپرست خانواده به دلیل اینکه علاوه بر ایفای نقش‌های متعددی همچون اداره و انجام کارهای خانه و مراقبت‌های جسمی و هیجانی از اعضای خانواده، در جوامع و فرهنگ‌های مختلف بسببه به باورها، نگرش‌ها و هنجارهای جامعه، با زنان بیوه و مطلقه به شیوه‌های متفاوتی برخورد می‌شود. بدین ترتیب زنان سرپرست خانوار روزانه فشارهای زادی را تحمل می‌کنند. چنانچه از منابع حمایتی خانواده و اجتماع برخوردار باشند، با مشکلات کمتری روبه‌رو خواهند بود و درجه آسیب‌پذیری آنان نسبت به مسائل و مشکلات روانی پایین خواهد آمد و در نتیجه اضطراب آنها نیز کاهش خواهد یافت (ترحمی یوسفی شعرباف، علیزاده موسوی و توزنده جانی، ۱۳۹۲).

زنان افسرده همچنین دچار افسردگی‌های زیاد و مزمن می‌شوند. در واقع سبک زندگی و عوامل مختلفی شرایط لازم را برای افسردگی آنها فراهم می‌کند. بررسی ادبیات پژوهشی در زمینه سلامت روانشناختی زنان سرپرست نیز حاکی از آن تجربه سطوح بالاتر تنش‌های روانی و مشکلات روانشناختی در آنهاست. در پژوهش شکاری آلانق (۱۳۸۶)؛ به نقل از شفیع آبادی و غلامحسین قشقایی، (۱۳۹۰) با عنوان «بررسی وضعیت رفاهی زنان سرپرست خانوار به این نتیجه رسید که ۶۵ درصد از افراد مورد مطالعه از نظر ارتباطات اجتماعی در حد پایین‌تری قرار دارند. نوری (۱۳۸۲) سلامت روانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی تهران را مورد مطالعه قرار داد که نتایج بررسی ایشان حاکی از شدت افسردگی در زنان سرپرست خانواده در انتظار پوشش بهزیستی بود. اعظم آزاده و تافته (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «روایت زنان سرپرست خانوار از موانع شادمانی (مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار تهران) به این نتیجه رسیدند که موانع شادمانی به شیوه‌های گوناگون در زندگی اجتماعی زنان سرپرست خانوار مداخله می‌کند که در نهایت منجر به طردی خود خواسته و تحمیلی در زندگی آنها می‌شود. شرایط نامناسب گذشته و حال و پیش‌بینی آشفستگی از آینده‌های مبهم، بستری را برای کاهش احساس شادمانی و افزایش افسردگی فراهم آورده است.

از آنجایی که نقش سرپرستی خانوار برای زنان یک نقش چالش برانگیز است و نیز تصمیم‌گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی و اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده بر عهده مادر است و اوست که باید کاری کند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود، از ایجاد تنش‌ها در خانواده جلوگیری نماید و از لحاظ مادی و معنوی با موقعیت‌های پرتنش و اضطراب‌زایی که برای خود و فرزندان ایجاد می‌شود، ضروری است. مجهز شدن زنان سرپرست خانوار به این مهارت، یک ضرورت است چرا که مادر نقش مهمی در تنظیم هیجان فرزندان دارد و مادران افسرده و ناشاد، خلق و خوی منفعل همراه با غم و اندوه را در فرزندان فعال می‌کنند (فولادچنگ و حسن‌نیا، ۱۳۹۴).

یکی از مداخلات درمانی مؤثر جهت کمک به بهبودی افرادی که از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند، درمان کوتاه مدت راه حل محور<sup>۴</sup> است. این درمان در اوایل سال ۱۹۸۰ در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت در میلواکی ایجاد شد. درمان کوتاه مدت راه حل محور توسط دو مددکار اجتماعی به نام‌های استیودی شازر و اینسو کیم برگ<sup>۵</sup> و همکارانشان که می‌خواستند اثر و تکنیک‌های درمانی کوتاه مدت راه برای کمک به تغییر مراجعین بررسی کنند، شکل گرفت (استراد و بیباچ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). این رویکرد به عنوان یک رویکرد پست مدرن (فرانوگرا) نسبت به مداخلات رفتاری وابسته به همکاری بین درمانگر و مراجع برای درمان طبقه‌بندی می‌شود. درمان کوتاه مدت راه 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 آورده‌اند (راثول<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

ملاک حل مشکل در درمان راه حل محور زمانی است که یا مشکل کاملاً برطرف شده است و یا پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای براساس اهداف تعیین شده، حاصل شده باشد (نظری، رسولی، داورنیا و همکاران، ۱۳۹۴). در این رویکرد برخلاف دیدگاه مشکل محور به جای تمرکز بر مشکلات بر یافتن راه حل‌ها تأکید می‌شود (شاکرمی، داورنیا و زهراکار، ۱۳۹۲). بنابراین درمان راه حل محور بر پایه راه حل سازی است نه حل مسأله و به واسطه کشف نیروهای جاری مراجع و امیدواری به آینده هدایت می‌شود نه بحث در مورد مسائل موجود و علت‌های آنها در گذشته (واند<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). 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 به آسیب شناسی نمی‌کند، بلکه آنان را به عنوان یک فرد گرفتار در پرداختن به مشکلات می‌پندارد (ان جی، پاربخ و گیو<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). در این درمان کشف آرام موارد استثناء در زندگی مراجع می‌تواند امیدواری و کمک به مراجع القاء کند تا نزدیک شدن به آینده بهتری بهتری را ببیند (دشتی زاده، ساجدی، نظری و همکاران، ۱۳۹۴). رویکرد راه حل محور در مورد جمعیت‌ها و موقعیت‌های مختلفی از جمله زوج درمانی، خانواده درمانی، درمان مراجعان با نقص ذهنی، درمان سوء استفاده جنسی و درمان اسکیزوفرنی مزمن به کار رفته است و نتایج سودمندی حاصل شده است (شاکرمی و همکاران، ۱۳۹۲). ثنائی، داورنیا، بختیاری سعید و شاکرمی (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی کارایی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل به صورت روش نیمه آزمایشی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد پس از انجام مداخله کوتاه مدت راه حل محور در گروه آزمایش، میزان فرسودگی زناشویی در مرحله پس آزمون کاهش یافته و در سطح ۹۹ درصد معنادار بوده است. بیگم داودی و حمکت (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور را بر افسردگی و کیفیت

<sup>۴</sup>Solution-Focused Brief Therapy<sup>۵</sup>Stive De Shazer & Insoo Kim Berg<sup>۶</sup>Estrada & Beyebach<sup>۷</sup>Rothwell<sup>۸</sup>Wand<sup>۹</sup>Ng, Parikh & Guo

زندگی زنان دارای سقط مکرر با استفاده از طرح های آزمایشی تک موردی مورد بررسی قرار دادند. یافته های این مطالعه نشان داد که درمان کوتاه مدت راه حل محور بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای سقط مکرر مؤثر بوده است.

اگر چه اثربخشی این روش درمانی در مورد انواع افسردگی و استرس و اضطراب مورد تأیید قرار گرفته است اما در مورد اثربخشی این درمان بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار پژوهشی انجام نشده است. از آنجا که فشارهای زندگی و شرایط نامساعد زندگی آنها می تواند بر اضطراب و افسردگی آنها تأثیر بگذارد، مطالعه روش های درمانی برای آنها در زنانی که سرپرست خانوار بوده اند اهمیت زیادی دارد. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار است. در این راستا و با توجه به آنچه گفته شد فرضیه ی زیر قابل تدوین است:

✓ درمان کوتاه راه حل محور (SFBT) بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار مؤثر است.

## روش تحقیق

پژوهش حاضر، از نوع تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است. در این طرح گروه آزمایشی که مداخله درمان کوتاه مدت راه حل محور را دریافت می کند با گروه گواه که هیچ مداخله ای را دریافت نکرده و در فهرست انتظار قرار دارند، مورد مقایسه قرار می گیرد.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر تهران بود. روش نمونه گیری، خوشه ای چندمرحله ای بود، بدین صورت که ابتدا با مراجعه به اداره بهزیستی منطقه شرق شهر تهران، ۲ کلینیک مددکاری که به زنان سرپرست خانوار، خدمات روانشناختی ارائه می دادند، به پژوهشگر معرفی گردید. از هر کلینیک ۱۵ نفر (جمعاً ۳۰ نفر) به صورت تصافی انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BAI) و پرسشنامه اضطراب عمومی (ANQ) استفاده شد.

**پرسشنامه افسردگی بک فرم تجدید نظر شده:** این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال خود گزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. هر سوال شامل چهار گزینه است و نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است. آزمودنی باید گزینه ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. نمره کلی از صفر تا ۶۳ می تواند تغییر کند. بک، در رابطه با فرم تجدید نظر شده بررسی انجام داده و عنوان کرده این ابزار وجود و شدت علایم افسردگی را در بیماران و جمعیت بهنجار و نوجوانان و بزرگسالان نشان می دهد. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۰ گزارش شده است. در یک بررسی که بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبائی انجام گرفت نتایج نشان داد میانگین و انحراف استاندارد نمره کل ۹/۷۹ و ۷/۹۶ است. همچنین آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار به روش بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش شد (خالدیان، حسن پور، خیرخواه و قلندریان، ۱۳۹۲). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد که پایایی قابل قبولی است.

<sup>۱</sup>Beck

**پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگ:** به منظور اندازه گیری میزان اضطراب پنهان و آشکار آزمودنی ها داوطلب جهت شرکت در پژوهش به آنها ارایه می گردد. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ ساخته شد. تعداد سوالات آن ۴۰ تا می باشد که از بین آنها ۲۰ سوال به اضطراب حالت و ۲۰ سوال به اضطراب صفت اختصاص دارد. سوالات مربوط به اضطراب حالت و صفت در طیف لیکرت چهار گزینه ای نمره گذاری می شوند که عبارتند از: به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد. در نهایت دو نمره به دست می آید که نمره اول نشان دهنده اضطراب حالت و نمره دوم نشان دهنده اضطراب صفت است. هر فرد می تواند در این دو نوع از اضطراب نمراتی بین ۲۰ تا ۸۰ کسب کند. این ابزار از اعتبار علمی بالایی برخوردار است و به عنوان آزمون استاندارد مورد توجه است. همچنین پایایی این پرسشنامه در تحقیقات مختلف ۸۷ / ۰ محاسبه گردیده است (روحی و همکاران، ۱۳۸۴). در این مطالعه نیز در یک مطالعه مقدماتی روی ۱۵ آزمودنی انجام شد و میزان پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

## روش اجرا

برای اجرای پژوهش با اخذ مجوز لازم و هماهنگی های صورت گرفته با مراکز کلینیک مددکاری انتخاب شده، از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی در پاییز ۱۳۹۷ سی نفر که دارای ملاک های ورود (۱- سن: بین ۳۰ تا ۵۰ سال، ۲- تحصیلات: سیکل تا فوق لیسانس، ۳- نداشتن اختلالات روانی) به نمونه بودند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای شرکت کنندگان توضیح داده شد که جلسات درمانی برای کمک به آنها برای بهبود و کاهش میزان افسردگی و اضطراب می باشد. به شرکت کنندگان گروه شاهد نیز تعهد داده شد، پس از پایان جلسات درمان گروه مداخله، برای آنها نیز جلسات درمانی برگزار خواهد شد. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه در پژوهش مطرح گردید و تمامی آزمودنی ها اعلام نمودند که را رضایت کامل در فرایند پژوهش حضور خواهند یافت. هر دو گروه پرسشنامه های اضطراب و افسردگی را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. سپس جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور برای گروه آزمایش در ۶ جلسه یک ساعت و نیم ساعته به شیوه گروهی و گام به گام و با توالی هر هفته یک جلسه با ارائه تکالیف هفتگی و تمرینات منظم توسط درمانگر اجرا شد. در حالی که شرکت کنندگان گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره های درمانی بعدی قرار گرفتند. خلاصه روند اجرای جلسات درمان راه حل محور در جدول شماره یک ارایه شده است.

جدول ۱. خلاصه ی مختصری از جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	<p>-تعریف مشکل</p> <p>-دعوت از مراجع که مشکل را در یک کلمه بگوید و آن کلمه را به یک جمله تبدیل کند</p> <p>-تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس</p> <p>-مبحث و مناظره درباره مشکل</p>

جلسه دوم	-بررسی تکالیف هفته قبل -تعیین هدف -بررسی راه حل های برطرف کننده شکایات -فرمول بندی حلقه های راه حل مشکلات
جلسه سوم	-خلاصه ای از جلسه قبل و بررسی مشکل -حرف زدن درباره آینده -استفاده از فن استثناء ها و سوالات معجزه ای -پیدا کردن یک داستان مثبت
جلسه چهارم	-بررسی تکالیف و خلاصه ای از جلسه قبل -توضیح فن شاه کلید و استفاده از آن -استفاده از فن سوالات مقیاسی
جلسه پنجم	-بررسی تکالیف هفته قبل -ادامه فن شاه کلید هفته قبل -استفاده از فن تکالیف وانمودی -استفاده از سوالات راه حل محور -استفاده از برهان خلف و شرط بندی متناقض
جلسه ششم	-خلاصه ای از جلسه قبل و بررسی تکالیف انجام شده -استفاده از سوالات درجه دار -تعیین اینکه آیا مراجعان به اهداف درمان دست یافته اند؟

بررسی داده های حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح توصیفی و استنباطی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس استفاده شد.

## یافته ها

در جدول شماره (۲) نتایج به دست آمده از اندازه گیری متغیر افسردگی و اضطراب، با استفاده از روش های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و شاخص های توزیع نمره توصیف شده اند. با توجه به اطلاعات جدول (۲) شاخص های مختلف توزیع و نتایج آزمون نرمالیتی کولموگروف- اسمیرنوف در مورد نمره های آزمودنی های گروه های آزمایش و گواه در متغیر افسردگی و اضطراب در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد که توزیع نمره های آزمودنی ها به توزیع نرمال میل دارد.

جدول زیر نشان می دهد که در یافته های توصیفی میانگین نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایشی در پس آزمون کمتر از میانگین نمران این آزمون در گروه گواه است.

برای بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه: درمان کوتاه راه حل محور (SFBT) بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار مؤثر است، با توجه به برقراری شرط همسانی واریانس ها و همچنین همگنی شیب های خط رگرسیون از مناسب ترین روش، یعنی روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲. شاخص های توصیفی نمره های آزمودنی های گروه های آزمایش و گواه در افسردگی و اضطراب

گروه ها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	برابری واریانس ها	P	مقدار نرمالیتی	P
آزمایش	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۴۰/۴۲	۳/۳۴	-۰/۵۶۱	۲/۳۵۱			۰/۹۱۳	۰/۳۳۱
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۲۰/۳۴	۳/۴۱	۰/۴۳۱	۰/۰۵۹	۰/۰۲۰	۰/۹۴۶	۰/۸۰۴	۰/۶۱۱
گواه	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۴۳/۵۲	۲/۴۲	۰/۲۳۱	-۱/۲۹۹			۰/۷۰۶	۰/۴۱۳
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۳۷/۳۹	۲/۱۰	-۰/۳۵۲	-۰/۵۴۴	۰/۰۲۱	۰/۹۴۵	۰/۶۱۱	۰/۶۴۲
آزمایش	پیش آزمون اضطراب	۱۵	۴۱/۴۱	۳/۰۳	-۰/۵۹۹	۲/۳۲۱			۰/۹۱۳	۰/۳۷۳
	پس آزمون اضطراب	۱۵	۲۳/۸۴	۲/۱۱	۰/۴۵۵	۰/۰۳۶	۰/۰۲۰	۰/۹۲۷	۰/۷۲۵	۰/۸۰۱
گواه	پیش آزمون اضطراب	۱۵	۴۳/۶۱	۲/۳۷	۰/۳۰۱	-۱/۲۳۹			۰/۸۱۸	۰/۳۶۷
	پس آزمون اضطراب	۱۵	۳۹/۴۳	۱/۰۳	۰/۳۲۴	-۰/۶۰۲	۰/۰۲۰	۰/۹۶۵	۰/۵۸۲	۰/۸۴۵

جدول ۳. نتایج آزمون های اثرهای بین آزمودنی ها (متغیر وابسته: افسردگی)

منابع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور ایتا
پیش آزمون	۴۲/۴۵۷	۱	۴۲/۴۵۷	۱۲/۲۲۸	۰/۰۰۲**	۰/۳۲۴
گروه	۶۵۷/۲۳۸	۱	۶۵۷/۲۳۸	۲۱۴/۳۳۸	۰/۰۰۰**	۰/۷۶۴
خطا	۶۲/۶۵۸	۲۸				

\*\* معنادار در احتمال ۰/۰۱

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه عملکرد گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون متغیر افسردگی از ۰/۰۵ کمتر است ( $F=214/338, P<0/002$ ). به عبارت دیگر پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی های دو گروه اثر معنی داری دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد و به کار گیری درمان کوتاه راه حل محور منجر به کاهش نمرات افسردگی

گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. با توجه به مقدار مجذور اتا که نزدیک به (۰/۷۶۸) است، واریانس افسردگی به وسیله متغیر مستقل یعنی درمان کوتاه راه حل محور تبیین می شود.

جدول ۴. نتایج آزمون های اثرهای بین آزمودنی ها (متغیر وابسته: اضطراب)

تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور ایتا
پیش آزمون	۴۱/۱۵	۱	۴۲/۱۸	۱۱/۳۲۳	۰/۰۰۲**	۰/۳۴۵
گروه ها	۶۰۱/۷۷۱	۱	۶۵۹/۲۱۱	۱۷۸/۴۴۳	۰/۰۰۳**	۰/۸۳۴
خطا	۷۹/۶۴۲	۲۸				

\*\* معنادار در احتمال ۰/۰۱

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، احتمال پذیرش صفر برای مقایسه عملکرد گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون متغیر اضطراب از ۰/۰۵ کوچکتر است ( $F=178/443, P/0.02$ ). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی های دو گروه اثر معنادار دارد. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون متغیر اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد و به کارگیری درمان کوتاه راه حل محور منجر به کاهش نمرات اضطراب گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. با توجه به مقدار مجذور اتا که نزدیک به (۰/۸۳۴) درصد است، واریانس اضطراب به وسیله متغیر مستقل یعنی درمان کوتاه راه حل محور تبیین می شود.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی بررسی اثربخشی درمان کوتاه راه حل محور بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار بود. نتایج نشان داد که درمان کوتاه راه حل محور بر افسردگی و اضطراب زنان سرپرست خانوار مؤثر بوده است و باعث کاهش نمرات افسردگی و اضطراب زنان در گروه آزمایش شده است. این یافته ها با نتایج نظری و همکاران (۱۳۹۴)، شاه کرمی و همکاران (۱۳۹۴)، بیگم داودی و حکمت (۱۳۹۶) همسو است.

در تبیین احتمالی نتایج بدست آمده می توان گفت در درمان راه حل محور، کشف آرام استثنائات در زندگی مراجع می تواند حس امیدواری را مراجع القا کند تا آنان را در نزدیک شدن به آینده ای بهتر کمک نماید (پیچوت، ۲۰۱۳). نقش درمانگر این است که مراجعین را به چالش بکشد تا بتواند آینده دلخواه خود را ترسیم و تجسم کنند و سپس توانمندی ها و منابع در دسترس خود برای رسیدن به اهداف مطلوب را شناسایی کرده و به کار گیرند. این به افراد می آموزد تا اهدافی را برای خود تعیین کرده و بر اساس آنها تغییراتی را ایجاد کند و پس از آن نتایج تغییرات مثبت را مورد سنجش و ارزیابی قرار دهند (لوید و دالوس، ۲۰۰۶). درمان کوتاه راه حل محور با این عقیده که مراجعان قادر به تشخیص اهداف و شکل دهی راه حل های

<sup>۱</sup>Pichot

<sup>۲</sup>Lloyd & Dallos

مؤثر برای موفقیت های مشکل ساز هستند، ضرورتاً بر قدرتمند کردن و منعطف کردن مراجعان با کشف راه حل ها و استثنائات قبلی برای مسائل و تشویق مراجعان به تکرار رفتارهای مفید و مؤثر که اساس راه حل های تحقق اهداف را شکل می دهند تمرکز می کند.

یکی از مداخلات کلیدی در درمان راه حل محور برای استرس است. یافتن زمان هایی توسط مراجعین که استرس وجود نداشته یا قابل مدیریت بیشتری بوده، می تواند در بازسازی فهم مراجعان از انتخاب ها و محیط شان مفید باشد (شاه کرمی و همکاران، ۱۳۹۲). در درمان راه حل مدار فرض می شود که افسردگی و اضطراب تا حد زیادی خودش را حفظ می کند، زیرا مراجع آن را یک اتفاق دائمی و همیشگی می بیند. چرا که همان طور که گفته شد نظریه تغییر در درمان راه حل محور بر این باور است که اگر مراجع بتواند استثنایی هایی را برای مشکل شناسایی و تقویت کند، در نتیجه می تواند تغییر عمیقی را ایجاد کند (یعنی استنهاها تبدیل به قانون خواهند شد). در درمان راه حل محور این ایده وجود دارد که مراجعان دارای مهارت های مقابله ای، توانایی و منابع (مثل استنهاها) از پیش موجودی هستند که نقش حیاتی را در کاهش نشانه های افسردگی و دیگر مشکلات بالینی بازی می کند. در این درمان فرض می شود که اگر این استنهاها شناسایی و تقویت شوند، تغییر چشمگیری در طرز تفکر مراجع در مورد افسردگی اش ایجاد خواهد شد (مینو<sup>۴</sup> ۲۰۰۶). پرسش های معجزه ای نیز مداخله ای مؤثر در درمان افسردگی و اضطراب هستند، زیرا مراجع را وادار می کنند که تمرکزش را از روی آنچه عملی و سودمند نیست، به آنچه شدنی و عملی نیست تغییر دهد. در درمان راه حل محور وقتی که درمانگر با استفاده از سوال معجزه آسا از مراجع می پرسد که امشب معجزه ای رخ دهد و مشکل افسردگی تو کاملاً برطرف می شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چگونه تشخیص می دهی که مشکل برطرف شده است؟ این گونه سوالات به مراجعان امیدواری می دهد که مشکلاتشان برطرف خواهد شد و دید آنها را نسبت به اینکه مشکل غیرقابل حل شدن است، تغییر می دهد (دشتی زاده و همکاران، ۱۳۹۴).

ناتوانی و فقر زنان سرپرست خانواده که نه تنها به دلیل اقتصادی نیست، بلکه جنبه های اجتماعی روانی و اجتماعی دارد که زمینه ساز افسردگی و اضطراب است زمانی که در جریان درمان راه حل کوتاه مدت و با توجه به ویژگی های که این درمان دارد و بیان شد، قرار بگیرند می تواند میزان افسردگی و اضطراب آنها را کاهش دهد و نتایج ارزنده ای داشته باشد.

با نظر به آنچه گفته شد باید گفت که توجه به مسائل مختلف زنان سرپرست خانوار علاوه بر ابعاد روانشناختی و سلامت روان آنها زمانی حائز اهمیت بیشتری است که طبق آمار سازمان بهزیستی کشور در سال (۱۳۸۰) ۶۶ هزار زن سرپرست خانواده عهده دار تامین ۸۵ هزار دانش آموز هستند (قلی پور و رحیمیان، ۱۳۹۰). بنابراین توجه و رسیدگی به نیازهای روانی آنان محدود به خود آنان نخواهد بود، و به کار بردن درمان کوتاه راه حل محور در بین این قشر می تواند زمینه های اضطراب و افسردگی آنها را کاهش دهد.

## منابع

- اسمخانی اکبری نژاد، هادی؛ اعتمادی، احمد؛ نصیرنژاد، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب زنان. *مطالعات روانشناختی*، ۱۰ (۲).
- اعظم آزاده، منصوره؛ تافته، مریم. (۱۳۹۴). روایت زنان سرپرست خانوار از موانع شامانی (مطالعه موردی زنان سرپرست خانواده). *مطالعات زن و خانواده*، ۳ (۲): ۳۳-۶.
- ایمانی زادف اعظم. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر افزایش سازگاری فردی اجتماعی زنان مطلقه شهر کرمانشاه. پایانامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- بلداجی، ام لیلا؛ فروزان، آمنه؛ رفیعی، حسن. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی. *رفاه اجتماعی*، ۱۱ (۴۰): ۲۸-۹.
- بیگم داودی، نرجس؛ حکمت، خدیجه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان کوتاه راه حل محور بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای سقط مکرر. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.
- ترحمی یوسفی شعرباف، فاطمه؛ علیزاده موسوی، ابراهیم؛ توزنده جانی، حسن. (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و سبک های تصمیم گیری با راهبردهای مقابله ای اضطراب در زنان سرپرست خانوار تکت پوشش بهزیستی مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات.
- خالدیان، محمد؛ غربی، حسن؛ قلی زاده، زلیخا؛ شاکری، رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندروم آشیانه خالی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۳ (۲): ۲۶۱-۲۷۹.
- دشتی زاده، نسرين؛ ساجدی، هاله؛ نظری، علی محمد؛ داورنیا، رضا؛ شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش نشانگان افسردگی زنان. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۴ (۳): ۶۷-۷۸.
- رحمانی، حمیرا. (۱۳۸۷). مقایسه فشار روانی، اضطراب و مسئولیت پذیری در مادران کودکان تالاسمی و مادران عادی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- رضایی، مهدی، محمودی، فاطمه. (۱۳۹۷). بازسازی معنایی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در کردستان: یک مطالعه کیفی. *جامعه شناسی کاربردی*، ۳۰ (۷۳): ۱۴۳-۱۶۶.
- روحی، قنبر؛ رحمانی، حسین؛ عبداللهی، علی اکبر؛ محمودی، غلامرضا. (۱۳۸۴). تاثیر موسیقی بر میزان اضطراب و برخی متغیرهای فیزیولوژیک بیماران قبل از عمل جراحی شکم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۷ (۱): ۷۵-۷۸.
- شادی طلب، ژاله؛ وهابی معصومی، ورمزیار. (۱۳۸۴). فقر درآمدی فقط یک جنبه از فقر زنان سرپرست خانوار. *رفاه اجتماعی*، ۴ (۱۷): ۲۴۷-۲۲۷.
- شاکرمی، محمد؛ داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش استرس زناشویی زنان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲.

- صداقت، فیروزه؛ رفیعی پور، امین؛ سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۵). مقایسه اضطراب در دانشجویان با و بدون نشانگان ضربه عشق شهر بندرعباس. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری* ۴(۱): ۲۳-۲۹.
- نابی، باقر؛ داورنیا، رضا؛ بختیاری سعید، بهرام؛ شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). کارآیی درمان کوتاه مدت راه حل محور برکاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل. *روان دانش*، ۲۰ (۵): ۴۳۲-۴۱۶.
- نظری، علی محمد؛ رسولی، محسن؛ داورنیا، رضا؛ حسینی، امین؛ بابایی گرمخانی، محسن. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان کوتاه راه حل محور بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زنان متأهل. *نشریه روان پرستاری*، ۳(۳): ۴۱-۵۲.
- نوری، مهشید، میناکاری، محمود، صدرالسادات، سیدجلال، شهیدی، شهریار، حیدری، محمود. (۱۳۸۲). بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی*، ۴ (۲): ۴۴-۳۷.
- Estrada, B., & Beyebach, M. (2007). Solution-focused therapy with depressed deaf persons. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(3), 45-63.
- Horrell S, Krishnan P. (2007). Poverty and productivity in female- headed households in Zimbabwe. *The Journal of Development Studies*, 43: 1351-1380.
- Kassim, SH., Rajasagi, NK., Zhao, X., Chervenak, R., Jennings, SR. (2006). In vivo ablation of CD11c-positive dendritic cells increases susceptibility to herpes simplex virus type 1 infection and diminishes NK and T-cell responses. *J Virol*, 80(8):3985-93.
- Lloyd, H., & Dallos, R. (2006). Solution-focused brief therapy with families who have a child with intellectual disabilities: A description of the content of initial sessions and the processes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 367-386.
- Mineo, J. (2006). Mastering the art of solution-focused counseling. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 402.
- Ng, K. M., Parikh, S., & Guo, L. (2012). Integrative solution-focused brief therapy with a Chinese female college student dealing with relationship loss. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 34(3), 211-230.
- Pichot, T., (2012). Looking beyond depression. In *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy* (pp. ۱۳۸-۱۵۴). □□□□□□□□.
- Rothwell, N. (2005). How brief is solution focussed brief therapy? A comparative study. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 12(5), 402-405.
- Thyme, K. E., Sundin, E. C., Stahlberg, G., Lindstrom, B., Eklof, H., & Wiberg, B. (2007). The outcome of short-term psychodynamic art therapy compared to short-term psychodynamic verbal therapy for depressed women. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(3), 250-264.
- Wand, T. (2010). Mental health nursing from a solution focused perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 210-219.

## **The Effectiveness of Solution-Based Short-Term Treatment (SFBT) on Reducing Anxiety and Depression in Female Heads of Households**

**Dr. Majid Zargham Hajebi<sup>1</sup>, Maryam nori<sup>2</sup>**

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch, Corresponding Author, zarghamhajebi@gmail.com

2. PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch. nori.psy2020@gmail.com

### **Abstract**

In developing countries, the majority of families run by women have multiple economic, social and mental disorders. The aim of this study was to investigate the effectiveness of short-term solution-based treatment on decreasing depression and anxiety among female headed households in Tehran. The research method was semi-experimental and pre-test and post-test design with control group. The statistical population of the study consisted of all female welfare-dependent households in Tehran. The sampling method was a multi-stage cluster, and two health clinics providing female heads of households with psychological services were selected. Then from each clinic, 15 people (30 individuals) were randomly selected and randomly selected. They were tested and tested in two groups of 15. The instrument for collecting data was General Anxiety Inventory (ANQ) and Beck Depression Inventory (BAI). The experimental group received a short-term solution-based treatment, while no treatment was given to the control group. For data analysis, the mean and standard deviation were used at the descriptive level and the analysis of variance was used at inferential level. The findings indicated that SFBT was effective on family anxiety and depression ( $p < 0.05$ ). These results suggest that short-term solution-based treatment has led to a decrease in the rate of depression and anxiety among female headed households.

**Keywords:** Short-term solution-based treatment, anxiety, depression, female headed households