

کارآیی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل

امیر عباسی^۱

محمد محمدی^۲

کیانوش زهراکار^۳

*رضا داورنیا^۴

محسن بابایی گرمخانی^۵

چکیده

زمینه و هدف: درمان کوتاه مدت راه حل محور، یکی از رویکردهای جدید در حیطه درمان فردی، زوج درمانی و خانواده درمانی است که به جای تمرکز بر مشکلات، بر یافتن راه حل‌ها تأکید دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآیی این رویکرد بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مقایسه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش زنان متأهل مبتلا به افسردگی و ناراضی از زندگی زناشویی مراجعه کننده به مرکز همیاران سلامت روان شهر بجنورد در شش ماه اول سال ۱۳۹۳ بودند. از میان متقاضیان حضور در جلسات، ۳۰ نفر از زنان به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های افسردگی Beck و رضایت زناشویی Enrich بودند که در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شدند. سپس درمان راه حل محور در شش جلسه برای گروه مداخله اجرا شد اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره و اندازه‌گیری مکرر توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج مراحل پس‌آزمون و پیگیری، کاهش معنی‌دار نمرات افسردگی و افزایش نمرات رضایت زناشویی در گروه مداخله را نسبت گروه کنترل نشان داد. یافته‌ها حاکی از آن بود که درمان کوتاه مدت راه حل محور، باعث کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان گروه مداخله شده بود و نتایج در دوره پیگیری نیز از ثبات لازم برخوردار بود.

نتیجه‌گیری کلی: نتایج حاکی از اثر بخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی است. بنابراین انجام مداخلات بر اساس این رویکرد درمانی، باعث کاهش مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی و بهبود روابط زناشویی مراجعان می‌گردد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، تعارض، ازدواج

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۲۶

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

^۲ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

^۳ دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

^۴ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۹۱۵۵۸۵۱۶۲۹

Email: rezadavarniya@yahoo.com

^۵ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

مقدمه

افسردگی بیماری شایع عصر حاضر که به عنوان سرماخوردگی روانپزشکی لقب گرفته است، در تمامی جهان روند فزاینده‌ای دارد^(۱). افرادی که با این بیماری ذهنی شناخته می‌شوند، اغلب از تخریبهای اجتماعی، فیزیکی و روانشناختی که عملکردهایشان را در تمام سطوح زندگی محدود می‌کند، رنج می‌برند^(۲). افسردگی باعث می‌شود که تقریباً ۱۲ درصد از مردم جهان هزینه‌های سنگینی پرداخت کنند. اقتصاددانان تخمین زده‌اند که مبتلایان به افسردگی برای درمان بیماری و مشکلات ناشی از آن سالانه ۴۳ میلیون دلار هزینه می‌کنند^(۳). Hawton معتقد است که ۷۵ درصد از موارد بستری در بیمارستان‌های روان را بیماران افسرده تشکیل می‌دهند^(۴). افسردگی بر زندگی زنان بیشتر از مردان تاثیر می‌گذارد و تقریباً ۲۰ درصد زنان در طول زندگی تحت تاثیر این بیماری قرار می‌گیرند^(۵). بر اساس ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، افراد افسرده با هشت فاکتور خلق بد (حداقل برای دو هفته)، نارضایتی از بسیاری از فعالیت‌ها، اختلالات خواب، تغییرات در وزن، فقدان انرژی، تهی بودن یا داشتن احساس گناه، اختلال در تمرکز و افکار خودکشی مشخص می‌شوند^(۶). بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی با کارکرد خانواده آشفته و مساله ساز روبرو هستند^(۷). Johanson وجود اختلاف‌های زناشویی را عامل خطر ساز مهمی در بروز افسردگی، اضطراب، اختلال دو قطبی، وابستگی به الکل و بعضی از بدخیمی‌ها می‌داند^(۸). Kim, Laurent و Capaldi ارتباط طولی میان رضایت زناشویی و افسردگی را بررسی نمودند و دریافتند که درگیر شدن زوج‌ها با یکدیگر و پرخاشگری فیزیکی در طول تعارض، تنها با بروز افسردگی در زن مرتبط بود^(۹). نتایج مطالعه Beach و همکارانش نیز نشان داد که بین میزان پایین رضایت زناشویی با نشانه‌های افسردگی زنان رابطه وجود دارد^(۹). رضایت زناشویی به عنوان به عنوان یکی از مهمترین

شاخص‌های تعیین عملکرد خانواده است که طی آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و با هم بودن احساس شادمانی و رضایت می‌کنند^(۱۰). رضایت زناشویی در واقع نگرشی مثبت و لذت بخش است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی دارند^(۱۱). Karny و Coombs رضایت زناشویی را توافق زن و شوهر در مورد اموری که ممکن است، مسائل حادی به بار آورد، علاقه و فعالیت‌های مشترک، ابراز علاقه علنی مکرر و اعتماد متقابل، شکوه و شکایت اندک و شکایت نادر از احساس تنهایی و رنجش تعریف کرده‌اند^(۱۲). در یک فراتحلیل انجام شده بر روی نتایج حاصل از ۲۶ پژوهش مقطعی در مورد همبستگی بین رضایت زناشویی و افسردگی، اندازه اثر ۰/۴۲- برای زنان و ۰/۳۷- برای مردان گزارش شده است^(۱۳). درمان کوتاه مدت راه حل محور یکی از انواع رویکردهای درمانی روان شناختی جهت کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی است. این مدل درمانی اعتبار خود را از زن و شوهری به نام Stive De Shazer و Insoo Kim Berg و تیم آنها در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت در Milwaukee آمریکا دارد^(۱۴). درمانگران راه حل محور بر این باورند که واقعیات از نظر اجتماعی ساخته می‌شوند و به جای وجود یک واقعیت بیرونی محسوس، چندین واقعیت و راه حل وجود دارد. این مدل همچنین مراجعین را افراد شایسته و ماهری می‌داند که قادر به حل مشکلات خود با حداقل کمک از طرف دیگران هستند^(۱۵). فرض اساسی زیربنایی درمان راه حل محور این است که مشکل یا مسئله موجود که فرد را به سمت درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه‌ی بحث نیاز نیست. چرا که عامل هر مشکلی لزوماً با راه حل آن مرتبط نبوده و مراجعین خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد تغییر از آنها استفاده خواهند کرد. همچنین این درمان بر این نکته تکیه دارد که حل کردن سریع یا کامل مشکلات، غیر واقع گرایانه بوده و اهداف کوچک و قابل دسترس بیشتر مورد توجه هستند^(۱۶).

درمان کوتاه مدت راه حل محور، در حل انواع مشکلات و مسایل مختلف از جمله سوء استفاده جنسی و سوء مصرف مواد^(۱۷)، درمان مراجعان با نقص ذهنی^(۱۸)، همجنس‌گرا بودن یکی از همسران^(۱۹)، اختلالات جنسی^(۲۰)، افسردگی و اختلالات اضطرابی^(۲۱) و استرس زناشویی^(۲۲) عملکرد موفق داشته است. در مطالعه Pomeroy و همکارانش، درمان راه حل محور موجب کاهش افسردگی و اضطراب و همچنین بهبود رضایت زناشویی در ۱۲ بیمار مبتلا به ایدز افسرده و ناراضی از زندگی زناشویی گردید^(۲۳). نتایج مطالعه Estrada و Beyebach نیز نشان داد که درمان راه حل محور، باعث کاهش میزان افسردگی ناشنوایان افسرده شده است^(۲۴). با توجه به کارایی و سودمندی رویکرد درمانی راه حل محور در کاهش مشکلات روان شناختی، زناشویی و خانوادگی، پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی درمان کوتاه مدت راه حل محور، بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متاهل انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با روش پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان متاهل مبتلا به افسردگی و ناراضی از زندگی زناشویی مراجعه کننده به مرکز همیاران سلامت روان شهر بجنورد در طی شش ماهه اول سال ۱۳۹۳ بودند که تمایل خود را جهت شرکت در جلسات درمانی اعلام کرده بودند. پس از اعلام فراخوان پژوهشگران مبنی بر تشکیل یک دوره درمانی جهت کاهش مشکلات روان شناختی و بهبود روابط زناشویی، ۸۹ زن با برقراری تماس تلفنی و یا مراجعه به مرکز، آمادگی خود را جهت شرکت در جلسات درمانی اعلام کردند. ابتدا بر اساس راهنمای ملاک تشخیصی- آماری انجمن روانشناسان آمریکا ویرایش- چهارم (DSM-IV) (TR)، مصاحبه بالینی ساختار یافته توسط مشاور و

روانشناس انجام شد. در مرحله بعد افرادی که در پرسشنامه افسردگی نمراتی بین ۲۰-۲۸ کسب کرده بودند (دارای افسردگی متوسط بودند) و در مقیاس رضایت زناشویی نیز نمره کل کمتر از ۱۵۲ بدست آورده بودند، با توجه به این که برای طرح‌های تجربی حجم نمونه با تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر کفایت می‌کند^(۲۵)، ۳۰ نفر با تشخیص افسردگی و عدم رضایت در روابط زناشویی به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. خاطر نشان می‌گردد، معیارهای ورود به مطالعه داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی افسردگی به مدت حداقل دو هفته، تعهد جهت حضور در جلسات درمانی تا پایان جلسات، تکمیل فرم رضایت نامه درمان و دریافت نکردن خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات، عدم سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر و همچنین سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات و در نهایت داشتن مشکل جسمانی و یا روانی که فرد را در صورت ادامه شرکت در جلسات دچار آسیب کند، بود.

قبل از آغاز جلسات برای مشارکت کنندگان توضیحاتی درباره اهداف جلسات و روند برگزاری آن داده شد و به سؤالات آنان نیز پاسخ داده شد. همچنین برای زنان شرکت کننده توضیح داده شد که جلسات درمانی هم جهت کاهش افسردگی و بهبود روابط زناشویی‌شان و هم به منظور انجام یک پژوهش است. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه مطرح گردید و تمامی شرکت کنندگان اعلام نمودند که با رضایت کامل و آگاهانه وارد فرایند پژوهش خواهند شد. پس از تشکیل گروه‌ها، آزمودنی‌های هر دو گروه در مرحله پیش آزمون به پرسشنامه‌های افسردگی و رضایت زناشویی پاسخ دادند. در گروه مداخله مداخله درمانی گروهی راه حل محور به مدت ۶ جلسه، هر جلسه ۲ ساعت در هر هفته و به مدت

بندی متناقض توضیح داده شد و در نهایت در جلسه ششم کل برنامه درمانی مرور گردید، به سوالات اعضای گروه پاسخ داده شد و دستیابی اعضای گروه به اهداف درمانی مورد بحث قرار گرفت. پس از پایان آخرین جلسه درمان، پس آزمون از هر دو گروه بعمل آمد و آزمون پیگیری نیز پس از یک ماه انجام شد. در این پژوهش از ابزارهای زیر جهت گردآوری داده‌ها استفاده گردید:

پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory)

Inventory: این آزمون برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Beck معرفی شد. سپس در سال ۱۹۷۱ تجدید نظر و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این آزمون، بر پایه یافته‌های بالینی تهیه و تنظیم شده و هیچ نظریه سبب شناسی را برای افسردگی در نظر نگرفته است^(۲۶). این آزمون در مجموع از ۲۱ سوال مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود تا شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. دامنه نمره بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار دارد. به این معنی که نمره‌های ۰ تا ۱۳ نشان دهنده هیچ یا کمترین میزان افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید است^(۲۷). مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه Beck در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است^(۲۸،۲۹). در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف پرسشنامه مذکور به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۳ بوده و ضریب باز آزمایی به فاصله سه هفته روی ۰/۵۹ دانشجوی پسر ۰/۴۹ گزارش شده است^(۳۰). در مطالعه حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۸ محاسبه گردید.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (Enriching and

Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness

(ENRICH): این پرسشنامه دارای ۱۱۵ سؤال است با ۱۲ خرده مقیاس تحریف آرمانی، رضایت زناشویی،

۶ هفته انجام شد. گروه کنترل هیچ گونه مداخله روان شناختی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، شرکت کنندگان هر دو گروه توسط ابزارهای سنجش پژوهش، مجدداً ارزیابی شدند و از آنها خواسته شد تا یک ماه بعد در جلسه پیگیری نیز حضور پیدا کنند. جهت رعایت مسایل اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و قدردانی از آزمودنی‌های گروه کنترل، جلسات درمان راه حل محور پس از جلسه پیگیری برای آنها نیز برگزار شد. ساختار جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور به اختصار به این شرح است^(۲۲).

در **جلسه اول** پس از معرفی اعضا به یکدیگر و ایجاد رابطه حسنه و بیان برخی قوانین گروه، به تعریف مشکل از دیدگاه مراجعان پرداخته شد، سپس از مراجعان دعوت شد که مشکل را در یک کلمه بگویند و آن کلمه را به یک جمله تبدیل کنند. تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس و بحث و مناظره درباره مشکل در ادامه جلسه صورت پذیرفت. در **جلسه دوم** به بررسی تکالیف هفته قبل پرداخته شد، سپس به تعیین هدف برای هر یک از افراد گروه به کمک خودشان اقدام شد و در ادامه به بررسی راه حل‌های برطرف کننده شکایات و رسیدن به اهداف پرداخته شد و در نهایت با فرمول بندی حلقه‌های راه حل مشکلات جلسه پایان یافت. در **جلسه سوم** خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی مشکلات تا لحظه حاضر مطرح شد، سپس به بحث و گفتگو درباره آینده پرداخته شد، استفاده از فن استنهاها و سوالات معجزه‌ای در ادامه جلسه مطرح شد و در نهایت بر پیدا کردن یک داستان مثبت در زندگی مراجعان و مرتبط با مشکل آنها تاکید شد. در **جلسه چهارم** خلاصه‌ای از جلسه قبل مطرح گردید، تکالیف داده شده مورد بررسی قرار گرفت، در ادامه جلسه به توضیح فنون شاه کلید و سوالات مقیاسی پرداخته شد و از افراد گروه خواسته شد تا این تکنیکها را درباره مشکلاتشان بکار ببرند. در **جلسه پنجم** تکالیف هفته قبل بررسی شد و سپس فنون تکالیف وانمودی، سوالات راه حل محور، برهان خلف و شرط

خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت از زندگی بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ گزارش شده که نشان دهنده روایی سازه آن است. خرده مقیاس‌های پرسشنامه انریچ، زوج‌های راضی و ناراضی را از هم متمایز می‌کند و این نشان می‌دهد که پرسشنامه از روایی ملاکی خوبی برخوردار است^(۳۳). در این پژوهش با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ، همسانی درونی پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی پس از تایید پیش فرض‌های مربوطه، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (Manova) و اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measure) استفاده شد.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی زنان متاهل شهر بجنورد انجام شد. گروه سنی شرکت کنندگان ۲۰ تا ۳۵ سال بود و همچنین شرکت کنندگان از نظر تحصیلات از دیپلم تا کارشناسی ارشد و از لحاظ مدت تاهل نیز از یک تا ۱۰ سال متغیر بودند که به منظور کنترل این تفاوت‌ها، جایگزینی افراد به گروه‌ها به صورت کاملاً تصادفی انجام گرفت. یافته‌های توصیفی و استنباطی برگرفته از آزمون‌های استاندارد آماری نشان داد که افسردگی زنان متاهل در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش محسوسی داشته است و همچنین آنها رضایت زناشویی بیشتری را پس از پایان جلسات و بعد از آزمون پیگیری ثبات نتایج، نسبت به گروه کنترل نشان دادند که در جداولی که در ادامه می‌آید، نتایج قابل مشاهده است.

مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزند پروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری عقیدتی است. این پرسشنامه برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رابطه زناشویی به کار می‌رود. از این پرسشنامه برای تشخیص وجود نارضایتی زناشویی در زوج‌هایی که نیاز به مشاوره، آموزش و تقویت رابطه دارند، استفاده می‌شود و به عنوان ابزار معتبری در پژوهش‌های فراوانی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است^(۳۱). با توجه به طولانی بودن فرم اصلی پرسشنامه (۱۱۵ سوالی)، نمونه‌های فراوانی از آن تهیه شده است. اولین بار Olson فرم ۱۵ سؤالی آن را معرفی کرد و سپس فرم ۴۷ سؤالی آن ساخته شد. در فرم ۴۷ سؤالی نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای است. بیشینه نمره آزمودنی در فرم کوتاه ۲۳۵ است و نمره بالاتر نشان دهنده رضایت زناشویی بیشتر است. ضرایب آلفای خرده مقیاس‌های پرسشنامه انریچ در گزارش Olson, Fornier و Derakman بین ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ بوده است. Olson و Olson اعتبار فرم ۴۷ سؤالی را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند^(۳۱). اولین بار در ایران سلیمانیان همسانی درونی آزمون را برای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کرده است^(۳۲). مهدویان نیز در بررسی خود درباره اعتبار آزمون انریچ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) اعتبار آزمون را برای مردان ۰/۹۳، برای زنان ۰/۹۴ و برای مردان و زنان (کل نمونه) ۰/۹۴ بدست آورد. ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مقیاس‌های رضایت

جدول شماره ۱: شاخص‌های آماری میزان افسردگی و رضایت زناشویی گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
افسردگی	پیش‌آزمون	مداخله	۲۵/۴	۴/۳۴	۱۵
		کنترل	۲۵	۴/۸۶	۱۵
	پس‌آزمون	مداخله	۱۴/۸۶	۱/۴۷	۱۵
		کنترل	۲۲/۵۳	۱/۳۵	۱۵
	پیگیری	مداخله	۱۱/۸۰	۱/۳۵	۱۵
		کنترل	۲۲/۲۶	۱/۷۹	۱۵
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	مداخله	۱۳۰	۶/۰۶	۱۵
		کنترل	۱۳۱/۸۶	۵/۶۳	۱۵
	پس‌آزمون	مداخله	۱۷۲/۰۶۶	۵/۲۸	۱۵
		کنترل	۱۳۷/۱۳۳	۴/۹۸	۱۵
	پیگیری	مداخله	۱۷۱/۴۶۶	۳/۷۳	۱۵
		کنترل	۱۳۵/۹۳	۴/۷۳	۱۵

اولیه و مقایسه گروه‌ها، از آزمون تحلیل و واریانس چند متغیری و طرح اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در طرح نیمه آزمایشی پژوهش، پیش از تحلیل فرضیه پژوهش، پیش فرض‌های مهم برای استفاده از این آزمون آماری مانند نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس کواریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج جدول شماره یک نشان داد نمرات پس‌آزمون و پیگیری مربوط به متغیر افسردگی در گروه مداخله کاهش یافته و میانگین نمرات رضایت زناشویی در پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته بود. در حالی که در میانگین پس‌آزمون و پیگیری هر دو متغیر در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. برای آزمون فرضیه پژوهش با توجه به وجود متغیر پیش‌آزمون و امکان وجود تفاوت اولیه دو گروه مداخله و کنترل و همچنین کم کردن تفاوت

جدول شماره ۲: نتایج بررسی همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی شیب‌های خط رگرسیون در گروه‌های مداخله و کنترل بر اساس متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی

Sig	F	Box's M	کرویت موشلی			لوین		آزمونها	متغیرها
			Sig	آماره	متغیرها	Sig	آماره		
۰/۶	۰/۶۲۲	۲/۰۲۲	۰/۷۳	۰/۹۷	افسردگی	۰/۲۱۰	۰/۱۵	افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون	
						۰/۱۴۱	۰/۱۹		رضایت زناشویی پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۰/۲۷	۱/۲۶	۸/۵۸	۰/۲۰	۰/۸۵	رضایت	۰/۲۱۳	۰/۰۹	افسردگی پس‌آزمون و پیگیری	
						۰/۱۶۰	۰/۱۸		رضایت زناشویی پس‌آزمون و پیگیری

یکسانی واریانس‌ها، سنجش کروی شکل بودن ماتریس واریانس-کواریانس و مفروضه همگنی ماتریس‌های کواریانس برای متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی بیشتر از سطح آلفای پژوهش (۰/۰۵) است، بنابراین

بر اساس مقادیر معنی‌داری نمایش داده شده در جدول شماره دو، آماره و F مربوط به آزمون‌های لوین، آزمون کرویت موشلی و آزمون Box's M در هر دو متغیر وابسته پژوهش به ترتیب برای بررسی پیش‌فرض‌های

تمامی پیش فرض‌های بیان شده برای انجام تحلیل آماری اندازه گیری مکرر برقرار می‌باشند.

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر روی میانگین نمرات متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی گروه‌های مداخله و کنترل

Sig	F	Df خطا	Df فرضیه	مقدار	آزمون	متغیرها
۰/۰۰۱	۲۴/۰۶	۲۷	۲	۰/۳۵۹	Lambda Wilks	افسردگی گروه‌های مداخله و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری
۰/۰۰۱	۴۴/۳۹	۲۷	۲	۰/۲۳۳	Lambda Wilks	رضایت زناشویی گروه‌های مداخله و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

سطوح معنی‌داری آزمون Lambda Wilks در جدول شماره سه بیانگر آن است که بین زنان گروه مداخله و کنترل در تحلیل پس آزمون و پیگیری، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته افسردگی و رضایت زناشویی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. لذا برای پی بردن به این تفاوت‌ها، نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در جدول شماره چهار ارائه شده است.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس به روش اندازه گیری مکرر بر روی میانگین نمرات افسردگی و رضایت زناشویی در زنان گروه‌های مداخله و کنترل در زمان‌های مختلف

Sig	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر	مقیاس
۰/۰۰۱	۱۸/۷۳	۷۸۶/۱۷	۱	۷۸۶/۱۷	گروه	افسردگی
۰/۰۰۱	۲۸/۰۴	۵۵۸/۶۱	۲	۱۱۱۷/۲۲	زمان	
۰/۰۰۱	۱۱/۹۸	۲۳۸/۷۴	۲	۴۷۷/۴۴۸	گروه * زمان	
۰/۰۳	۱۰/۴۱	۱۹۸/۰۱	۱	۱۹۸/۰۱	پیش آزمون - پس آزمون	رضایت
۰/۰۰۰	۲۰/۷۸	۱۲۳۳/۰۶	۱	۱۲۳۳/۰۶	پس آزمون - پیگیری	
۰/۰۰۱	۱۶/۶۸	۱۱۷۶۴/۹	۱	۱۱۷۶۴/۹	گروه	
۰/۰۰۱	۵۳/۷۹	۵۳۹۶/۲۱	۲	۱۰۷۹۲/۴۲	زمان	زناشویی
۰/۰۰۱	۳۴/۳۱	۳۴۴۱/۷	۲	۶۸۸۳/۴	گروه * زمان	
۰/۰۰۹	۷/۸۳	۴۱۰۰/۲۶	۱	۴۱۰۰/۲۶	پیش آزمون - پس آزمون	
۰/۰۰۰	۳۰/۷۱	۱۸۶۲۰/۸۱	۱	۱۸۶۲۰/۸۱	پس آزمون - پیگیری	

همان طور که در جدول شماره چهار مشاهده می‌شود، بین زنان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر افسردگی و رضایت زناشویی در مراحل اندازه گیری پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری ($P=۰/۰۰۱$) وجود دارد. همچنین اثر تعاملی عضویت گروه‌ها و زمان نیز معنی‌دار ($P=۰/۰۰۱$) است. به این معنی که حداقل در یکی از مراحل اندازه گیری بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان کوتاه مدت راه حل محور در یکی از مراحل پس آزمون و پیگیری، موجب کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان گروه آزمایش شده است. برای پی بردن به میزان تفاوت‌های موجود بین گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری از آزمون اندازه گیری مکرر بصورت جداگانه در هر مرحله بکار رفته و داده‌های

جدول بیانگر این است که بین زمان‌ها (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). و درمان کوتاه مدت راه حل محور، موجب کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان گروه آزمایش هم در مرحله پس آزمون و هم پیگیری شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در مرحله پس آزمون و پیگیری بین زنان گروه‌های مداخله و کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد، بین زنان گروه مداخله و کنترل از لحاظ متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). بدین معنی که درمان کوتاه مدت راه حل محور، موجب کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان گروه مداخله در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری شده است. نتایج تحقیقات Spilsbury و Dahl و همکاران نشان داده است که درمان کوتاه مدت راه حل محور موجب کاهش علائم افسردگی و اضطراب شده است^(۳۴،۳۵). نتایج انجام این درمان در نمونه‌های کوچک ده نفری افراد افسرده و همچنین مصرف‌کننده‌های مواد مخدر که تشخیص افسردگی نیز داشتند نیز رضایت بخش بوده و با کاهش علائم افسردگی همراه بوده است^(۳۶،۳۷). درمان راه حل محور در ۱۲ بیمار مبتلا به ایدز و دارای ناسازگاری نیز پیامدهای مثبتی را در پی داشته و منجر به افزایش رضایت زناشویی، کاهش افسردگی و اضطراب شده است^(۳۳).

Stewart در پژوهش خود نشان داد که زوج درمانی راه حل محور در افزایش رضایت از رابطه، بهبود مهارت‌های ارتباطی و کارکردهای فردی زوجین موثر بوده است^(۳۸) و این نوع درمان هر چهار مولفه‌ی مقیاس سازگاری زناشویی Spanner یعنی رضایت زناشویی، همبستگی، توافق و ابراز محبت را بطور معنی‌داری بهبود داده است^(۳۹). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده که به کارگیری رویکرد کوتاه مدت راه حل محور در کاهش تعارضات زناشویی، هشت زیر مقیاس آن و شاخص‌های مرتبط با روابط زناشویی موثر بوده است^(۴۰-۴۵).

در تبیین احتمالی نتایج بدست آمده می‌توان گفت در درمان راه حل محور، کشف آرام استثنائات در زندگی مراجع می‌تواند حس امیدواری را مراجع القا کند تا آنان را در نزدیک شدن به آینده‌ی بهتر کمک نماید^(۴۶). نقش درمانگر این است که مراجعین را به چالش بکشد تا بتوانند آینده دلخواه خود را ترسیم و تجسم کنند و سپس توانمندی‌ها و منابع در دسترس خود برای رسیدن به اهداف مطلوب را شناسایی کرده و به کار گیرن^(۴۷). این به افراد می‌آموزد 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. در ادامه از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تا در جلسات آتی در مورد کارهایی که در این زمینه انجام داده‌اند، بحث کنند. این تمرکز به افراد اجازه می‌دهد تا در مورد این نکته که چگونه اقدامات و تغییرات بوجود آمده در زندگی شخصی آنان موجب بروز تفاوت می‌شود بحث و تبادل نظر کنند^(۴۸). با شروع تغییرات در زندگی مشارکت کنندگان، درمانگر متخصص در درمان کوتاه مدت راه حل محور به منظور بررسی تاثیر این تغییرات، از سوالات تفاوت (یا تغییر) استفاده می‌کند. پاسخ دادن به این سوالات و بحث کردن در این زمینه به مشارکت کنندگان و درمانگر کمک می‌کند تا تغییرات رخ داده در زندگی شان را بهتر ببینند^(۴۹). صحبت کردن درباره‌ی اینکه چگونه مشارکت کنندگان می‌خواهند تا مسائل تغییر کنندو در

راستای آن چه کاری می‌توانند انجام دهند، به آنان کمک خواهد کرد تا باور کنند که ایجاد تغییر ممکن است. از سوی دیگر حس خودکارآمدی در آنان را بالا برده و به آنها کمک می‌کند تا بر روی آنچه برای ایجاد تغییر نیاز دارند، تمرکز کنند^(۵۰).

در درمان راه حل محور بر طبق اصل مشکل / استثنا، افسردگی بصورت افسردگی / نداشتن افسردگی مفهوم سازی می‌شود. به عبارت دیگر افسردگی ضرورتاً دارای یک نقطه تمایز است و مشارکت کننده در برخی زمان‌ها افسرده نیست. در این درمان فرض می‌شود که افسردگی تا حد زیادی ثابت و پایدار است، زیرا مشارکت کننده آن را یک اتفاق دائمی و همیشگی می‌بیند. نظریه تغییر در درمان راه حل محور بر این باور است که اگر مشارکت کننده بتواند استثناهایی را برای مشکل شناسایی و تقویت کند، می‌تواند تغییر عمیقی را ایجاد کند چرا که استنهاها تبدیل به قانون خواهند شد^(۵۱). در این درمان فرض می‌شود افرادی که افسردگی شدیدی دارند، روزهایی را تجربه می‌کنند که افسردگی کمتری دارند. روزهایی که مشارکت کننده کمتر افسرده است را استثنا فرض کرده و از آنها به عنوان کلید پیشرفت و ایجاد راه حل‌ها استفاده می‌کنند^(۵۱).

در این درمان از فنون درجه بندی در بیماران افسرده استفاده می‌شود. در آغاز درمان از مشارکت کنندگان افسرده خواسته می‌شود تا شدت افسردگی خود را بر روی مقیاس درجه بندی، مشخص کنند. پس از چند جلسه درمان دوباره از مشارکت کننده خواسته می‌شود تا شدت افسردگی خود را بر روی مقیاس درجه بندی مشخص کنند. در این روش، مشارکت کننده می‌تواند پس از هر بار درجه بندی، میزان کاهش شدت مشکلات خود را به طور عینی دیده و میزان پیشرفت و بهبودی خود را طی برگزاری جلسات درمان متوجه گردد^(۵۲). پرسش‌های معجزه‌ای مداخله‌ای موثر در درمان افسردگی هستند. در درمان راه حل محور، درمانگر با استفاده از سوال معجزه آسا از مشارکت کننده می‌پرسد اگر امشب معجزه‌ای رخ

دهد و مشکل افسردگی تو کاملاً برطرف شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ و یا چگونه تشخیص می‌دهی که مشکل برطرف شده است؟. با پرسیدن این دست سوالات به آنان امیدواری می‌دهد که مشکلشان قابل برطرف شدن است و با به کارگیری این شیوه دید آنها را نسبت غیر قابل حل بودن مشکل شان را تغییر می‌دهد^(۵۱). در رابطه با بهبود رضایت زناشویی شرکت کنندگان با همسرانشان، باید گفت وقتی در جلسات درمان از مشارکت کنندگان خواسته شد تا رفتارهای مثبت همسر خود را با استفاده از تکنیک تحسین غیر مستقیم تحسین کنند و بر نقاط مثبت همسرشان تاکید نمایند، ارتباط عاطفی آنان با همسرشان و همچنین میزان رضایتمندی آنان از زندگی زناشویی افزایش یافت. بهبود ارتباطات زناشویی به کاهش میزان افسردگی آنها کمک کرد. در فرآیند جلسات درمان، تاکید اصلی درمانگر بر تغییرات کوچک مشارکت کنندگان تا رسیدن به تغییرات بزرگتر است و بیشتر تمرکز بر مسایلی است که احتمال تغییر در آنها وجود دارد. از اینرو زمانی که شرکت کنندگان بعنوان یکی از زوجین، اولین گام را هر چند کوچک در جهت ایجاد تغییر با موفقیت برداشتند و نتیجه مثبت آن را در ارتباط با همسرشان مشاهده کردند، نسبت به بهبود بیشتر روابط با همسرشان امیدوارتر شدند و احساس صمیمیت بیشتری را با همسرشان تجربه نمودند. در مجموع فرآیند جلسات درمانی به شرکت کنندگان کمک کرد تا با حل مشکلاتشان، میزان افسردگی آنها کاهش یافته و با کاهش افسردگی و بهبود روابط زناشویی، میزان رضایتمندی آنها نیز ارتقا یابد.

در این پژوهش کارآیی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بدست آمده از این پژوهش حاکی از آن بود که این مداخله درمانی باعث کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان تحت درمان شده است و ماندگاری اثر درمان یک ماه پس از خاتمه درمان نیز حفظ شده است. در مجموع نتایج این

کوتاه مدت در گروه‌های درمانی مختلف با هدف کاهش مشکلات روان شناختی و نیز در دوره‌های زوج درمانی و خانواده درمانی با هدف کاهش و بهبود مشکلات زناشویی بهره ببرند.

تقدیر و تشکر

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری مدیریت مرکز همیاران سلامت روان خراسان شمالی سرکار خانم نیک سرشت و تمامی زنان شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

پژوهش و پژوهش‌های دیگر حمایت تجربی قابل قبولی برای این رویکرد درمانی به بار می‌آورد. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی رو به رو بوده است. خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده، بررسی نکردن نقش جنسیت و شیوه نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. از آنجا که این پژوهش در شهر بجنورد انجام شده است، لازم است در تعمیم نتایج به دیگر شهرها احتیاط شود. همچنین با توجه به محدودیت موجود در حجم نمونه مطالعه حاضر به منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی درمان راه حل محور با دقت بالاتر توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود تا مشاوران و درمانگران خانواده و ازدواج از این رویکرد درمانی

فهرست منابع

1. Hosseinnzhad A, Moadeli Z, Jahanpour F, Sharifikia I. [Comparison of depression between married women working in training hospitals and instructors compared with housewives aged 25-50 in Shiraz in 2013– 2014]. *NJV*. 2016; 3(9): 38-51. Persian
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: The Chicago School of Professional Psychology; 2011.
4. Hawton K, i Comabella CC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1):17-28.
5. Rajabi G, Sotodeh Navrodi S. [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. Persian
6. Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2017:1-12.
7. Johnson SM. The Revolution In Couple Therapy: A Practitioner-Scientist Perspective. *J Marital Fam Ther*. 2003;29(3):365-84.
8. Laurent HK, Kim HK, Capaldi DM. Longitudinal effects of conflict behaviors on depressive symptoms in young couples. *J Fam Psychol*. 2009;23(4):596- 605.
9. Beach SR, Fincham FD, Katz J. Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(6):635-61.
10. Azizi A, Esmaeli R, Dehghan Manshadi S, Esmaeli S. [The Effectiveness of life Skills Training on Marital Satisfaction in Divorce Applicant Couples]. *Iran Journal of Nursing*. 2016;29(99):22-33. Persian
11. Dargahi S, Zeraati M, Ghamari Givi H, Ayadi N, Haghanni M. [The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Emotional Well-Being and Marital Satisfaction of Infertile Women]. *Iran Journal of Nursing*. 2015;28(93):151-62. Persian
12. Rajabi G, Sarvestani Y, Aslani K, Khojastemehr R. [Predicators of marital satisfaction in married female nurses]. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(82):23-33. Persian
13. Hollist CS, Miller RB, Falceto OG, Fernandes CLC. Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a Latino sample. *Fam Process*. 2007;46(4):485-98.
14. Taylor Jr WF. Effects of solution-focused brief therapy group counseling on generalized anxiety disorder: Walden University; 2013.

15. Kim H. Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. Unpublished PhD. Thesis, The State University of New York at Buffalo; 2006.
16. Wand T. Mental health nursing from a solution focused perspective. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(3):210-9.
17. Trepper TS, Dolan Y, McCollum EE, Nelson T. Steve De Shazer and the future of solution-focused therapy. *J Marital Fam Ther*. 2006;32(2):133-9.
18. Westra J, Bannink F. Simple'solutions! A solution-focused approach in working with mentally handicapped clients. *PsychoPraxis*. 2006;8(5):213-18.
19. Treyger S, Ehlers N, Zajicek L, Trepper T. Helping spouses cope with partners coming out: A solution-focused approach. *Am J Fam Ther*. 2007;36(1):30-47.
20. Trepper TS, Treyger S, Yalowitz J, Ford J. Solution-focused brief therapy for the treatment of sexual disorders. *J Fam Psychother*. 2010;21(1):34-53.
21. Maljanen T, Paltta 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. *J Ment Health Policy Econ*. 2012;15(1):13-23.
22. Shakarami M, Davarniya R, Zahrakar K. [A study of effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing marital stress in women]. *SJIMU*. 2014; 22 (4):18-26. Persian
23. Pomeroy EC, Green DL, Van Laningham L. Couples who care: The effectiveness of a psychoeducational group intervention for HIV serodiscordant couples. *Research on Social Work Practice*. 2002;12(2):238-52.
24. Estrada B, Beyebach M. Solution-focused therapy with depressed deaf persons. *J Fam Psychother*. 2007;18(3):45-63.
25. Farahani HA, Arizi HR. Translated: [Methods in behavioral sciences. Cozby PC]. Tehran: Nashr Ravan Press; 2008. P: 77-8. Persian
26. Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith JK, Chu BC, Langer DA, et al. Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: An initial test of transportability to community clinics and clinicians. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(3):383-96.
27. Monirpour N, Yazdandoust R, Atef Vahid M, Delavar A. [The relation between anthropology specifications and the prevalence of depression among high school students]. *Journal of Social Welfare*. 2004;14:189-204. Persian
28. 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. *Depress Anxiety*. 2008;25(10):E104-E10.
29. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. [Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN]. *Depress Anxiety*. 2005;21(4):185-92. Persian
30. Rajabi Qh, Karjoo Kasmai S, Jabbari H. [The effect of cognitive couple therapy on decrease of depression and increase of marital satisfaction]. *J Clin Psychol*. 2010;4(8):9-17. Persian
31. Yousefi R, Abedin A, Tirgari A, Fathabadi J. [Effectiveness of educational intervention based on schema models in inhancing marital satisfaction]. *J Clin Psycol*. 2010;2(3):26-38. Persian
32. Soleymanian A. Investigating effect of irrational belief based on cognitive approach in marital un satisfaction: Dissertation). Tehran: Tarbiat Moalem University; 1994. Persian
33. Mahdavian F. [Investigating the effect of relationship training on marital satisfaction and mental health]. Unpublished PhD.Thesis, Psychiatric Institution of Tehran; 1997. Persian
34. Spilsbury G. Solution-focused brief therapy for depression and alcohol dependence: A case study. *Clin Case Stud*. 2012;11(4):263-75.
35. 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.
36. Lee M, Greene G, Mentzer R, Pinnell S, Niles D. Solution-focused brief therapy and the treatment of depression: a pilot study. *Journal of brief therapy*. 2001;1(1):33-49.
37. Smock SA, Trepper TS, Wetchler JL, McCollum EE, Ray R, Pierce K. Solution-Focused Group Therapy for Level 1 Substance Abusers. *J Marital Fam Ther*. 2008;34(1):107-20.
38. Stewart JW. A pilot study of solution-focused brief therapeutic intervention for couples. Unpublished PhD. Thesis, Utah State University; 2011.

39. Russell M. Equine facilitated couples therapy and solution focused couples therapy: A comparison study. Unpublished PhD. Thesis, University of Arizona; 2006.
40. Sehat F, Sehat N, Khanjani S, Mohebi S, Shahsiah M. [The effect of solution- focused short-term approach on marital conflict decrease in Qom]. *Health Syst Res.* 2014; 10(2): 268-75. Persian
41. Shakarami M, Davarniya R, Zahrakar K, Talaeian R. [Effectiveness of brief solution-focused group couple therapy on improving marital quality in women]. *Razi Journal of Medical Sciences.* 2015;22(131):1-13. Persian
42. Monemiyan G, Khoshkonesh A, Poorebrahim T. [Effectiveness of solution-focused brief therapy on the reduction of couple burnout and optimizing the quality of marital relationship in married women]. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences.* 2016; 20(1): 165-72. Persian
43. Odell M, Butler TJ, Dielman MB. An exploratory study of clients' experiences of therapeutic alliance and outcome in solution-focused marital therapy. *J Couple Relatsh Ther.* 2005;4(1):1-22.
44. Sanai B, Davarniya R, Bakhtiari Said B, Shakarami M. [The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing couple burnout and improvement of the quality of life of married women]. *Armaghane danesh.* 2015;20(5):416-32. Persian
45. Nazari A, Rasouli M, Davarniya R, Hosseini A, Babaei Gharmkhani M. [Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Couple Burnout and Divorce Tendency in Married Women]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2015;3(3):41-52. Persian
46. Pichot T. Looking beyond depression. In: Nelson TS. & Thomas FN. (Eds.), Handbook of solution focused brief therapy: Clinical applications .New York, NY: Haworth. 2007. P: 117- 24.
47. Lloyd H, Dallos R. Solution-focused brief therapy with families who have a child with intellectual disabilities: A description of the content of initial sessions and the processes. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2006;11(3):367-86.
48. Davis TE, Osbourne CJ. The solution-focused school counselor: Shaping professional practice. Philadelphia, PA: Accelerated Development; 2000.P:113-14.
49. Gingerich WJ, Peterson LT. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies. *Research on Social Work Practice.* 2013;23(3):266-83.
50. 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. *Child Youth Serv Rev.* 2011;33(6):791-7.
51. Guterman JT. Mastering the art of solution-focused counseling. Alexandria, VA: American Counseling Association; 2006.P: 142-46.
52. 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 Depression and Increasing Marital Satisfaction in Married Women

Abbasi A. MS.¹

Mohammadi M. MS.²

Zahrakar K., PhD.³

*Davarniya R. PhD.⁴

Babaeigarmkhani M. PhD.⁵

Abstract

Background & Aim: Solution- focused brief therapy is among modern approaches in individual, couple and family therapies which focus on finding solutions rather than on problems. The present study was conducted by the aim of investigating the effectiveness of solution focused brief therapy in reducing depression and uplifting marital satisfaction in married women.

Material & Method: The present study was a quasi-experimental research with pretest-posttest design with control group. The research population consisted of all married women with depression and unsatisfied with marital life who visited Hamyaran-e-Salamat mental center of Ravanshahr, Bojnourd city in the second half of 2014. Among the applicants to participate in the research, 30 women were selected by available sampling method and they were randomly assigned into control and experiment groups. The research tools were the Depression Inventory of Beck and the Enrich Marital Satisfaction Questionnaire which were completed by participants in pre-test, post-test and follow-up stages. Afterwards, the solution-focused intervention was offered to the experimental group for 6 sessions, but the control group received no intervention. Data were analyzed via multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and repeated measures method by SPSS (v.16) Software.

Results: After the posttest and follow-up stages, results suggested a significant reduction in depression and increase in marital satisfaction scores in the experimental group compared to the control group. The findings indicate that the solution-focused brief therapy reduced the rate of depression and increased marital satisfaction among women in the intervention group. The results were persistent in the follow-up stage, as well.

Conclusion: The results demonstrated the effectiveness of solution-focused brief therapy in decreasing depression and increasing marital satisfaction. Therefore, conducting interventions based on this therapeutic approach can be effective in reducing psychological problems, such as depression and will improve the marital relationships of clients.

Keywords: Depression, Conflict, Marriage

Received: 9 Jan 2017

Accepted: 15 Apr 2017

¹. MS Student in School Counseling, Department of Counseling, University of Allameh Tabatabaee, Tehran, Iran.

². MS in Family Counseling, Department of Counseling, University of Tehran, Tehran, Iran.

³. Associate Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

⁴. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran (*Corresponding author). Tel: +98 09155851629 Email: rezadavarniya@yahoo.com

⁵. Ph.D Student in Counseling, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.