

October-November 2022, Volume 11, Issue 5

Comparison of the effectiveness of “Solution-Focused Brief Therapy” and “Compassion-Focused Therapy” on Ruminative Responses of Couples with Depression

Leili Ghari Saadati ¹, Shohreh Ghorban Shiroudi ^{2*}, Javad Khalatbari³

1- PhD Student, Department of Psychology and Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Corresponding author: Shohreh Ghorban Shiroudi, Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

E mail: drshohreshsiroudi@gmail.com

Received: 13 Dec 2021

Accepted: 12 June 2022

Abstract

Introduction: Ruminant responses are one of the most important cognitive feature in people with depression and cause disruption of thinking, problem solving and social relationships. The aim of this study was to compare the effectiveness of "Solution-Focused Brief Therapy" and "Compassion-Focused Therapy" on ruminant responses of couples with depression.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical included all couples with depression who referred to the Mehregan Javan Comprehensive Health Center of Mashhad, Saadabad ward in 2019, the number of which was 150 couples. According to the inclusion criteria, 45 couples were selected as the sample. The sampling method was targeted and convenience. After selecting the available sample populations by simple random sampling method, the sample individuals were selected. The samples included the first intervention group "Solution-Focused Brief Therapy" (15 couples), the second intervention group "Compassion-Focused Therapy" (15 couples) and control group (15 couples). Data collection instruments included a demographic questionnaire, the "Ruminative Responses Scale". Content validity was measured by qualitative method, face validity and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. For the first intervention group 6 sessions, each session was held between 1.30 to 2 hours and for the second intervention group 8 sessions 1.30 to 2 hours. Data were analyzed in SPSS. 24.

Results: The results showed that "Solution-Focused Brief Therapy" reduced the expression of thoughts ($P<0.001$, $F=91.51$), thinking ($P<0.001$, $F=62.70$), depression ($P<0.001$, $F=104.19$) and ruminant responses ($P=0.001$, $P=0.001$) have a significant effect on post-test and follow-up. In addition, the findings showed that "Compassion-Focused Therapy" reduced the expression of thoughts ($P<0.001$, $F=22.21$), thinking ($P<0.001$, $F=50.39$), Depression ($P<0.001$, $F=93.93$) and ruminant responses ($P<0.001$, $F=54.51$) have a significant effect on post-test and follow-up. The results of post hoc test comparing the two groups showed that in the post-test phase, there was a significant difference between the two groups in reducing the variable in the thought of immersion ($P>0.003$). Also, there is no significant difference between the two treatment groups in reducing the score of thought expression variables, depression and rumination responses in the post-test and follow-up stages.

Conclusions: "Short-Term Solution-Oriented Therapy" and "Compassion-Focused Therapy" are effective in expressing thoughts, thinking and depression, as well as the overall score of the ruminant responses of couples with depression. It is recommended that the above treatment methods be used to reduce or eliminate the ruminant responses of couples with depression.

Keywords: Solution-Focused Brief Therapy, Compassion-Focused Therapy, Ruminative Responses, Couples with Depression.

مقایسه اثربخشی «درمان راه حل محور کوتاه مدت» و «درمان مبتنی بر شفقت» بر پاسخ های نشخواری زوجین مبتلا به افسردگی

لیلی قاری سعادت^۱، شهره قربان شیروودی^{۲*}، جواد خلعتبری^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

نویسنده مسئول: شهره قربان شیروودی، دانشیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
ایمیل: drshohrehshiroudi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۲۲

چکیده

مقدمه: پاسخ های نشخواری یکی از مشخصه های مهم شناختی در افراد مبتلا به افسردگی است و سبب مختل کردن تفکر، حل مسأله و روابط اجتماعی است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی "درمان راه حل محور کوتاه مدت" و "درمان مبتنی بر شفقت" بر "پاسخ های نشخواری" زوجین مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه زوجین مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد در سال ۱۳۹۷ بودند که تعداد آنها ۱۵۰ زوج بود. با توجه به ملاک های ورود تعداد ۴۵ زوج به عنوان نمونه انتخاب شد. روش نمونه گیری به صورت هدفمند بود. پس از انتخاب افراد نمونه به روش تصادفی ساده به روش قرعه کشی در گروه های مداخله اول "درمان راه حل محور کوتاه مدت" (۱۵ زوج)، گروه مداخله دوم "درمان مبتنی بر شفقت" (۱۵ زوج) و گروه کنترل (۱۵ زوج) قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس پاسخ های نشخواری" (Ruminative Responses Scale) بود. روایی محتوا و روایی صوری به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. برای گروه مداخله اول ۶ جلسه، هر جلسه بین ۱/۳۰ تا ۲ ساعت و برای گروه مداخله دوم ۸ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعته برگزار شد. داده ها در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: در مرحله پس آزمون و پیگیری "درمان راه حل محور کوتاه مدت" بر کاهش متغیر بیان افکار ($F=9.1/58, P<0.001$)، در فکر فرو رفتن ($F=6.2/70, P<0.001$)، افسردگی ($F=10.4/19, P<0.001$) و پاسخ های نشخواری ($F=9.3/0.7, P<0.001$)، تاثیر معناداری داشت. علاوه بر این، "درمان مبتنی بر شفقت" بر کاهش متغیر بیان افکار ($F=7.1/22, P<0.001$)، در فکر فرو رفتن ($P<0.001$)، افسردگی ($F=5.0/39, P<0.001$)، افسردگی ($F=9.3/87, P<0.001$) و پاسخ های نشخواری ($F=4.1/54, P<0.001$)، در مرحله پس آزمون و پیگیری تاثیر معناداری داشت. نتایج آزمون تعقیبی در مقایسه ۲ گروه "درمان راه حل محور کوتاه مدت" و گروه "درمان مبتنی بر شفقت" نشان داد که در مرحله پس آزمون بین ۲ گروه تفاوت معناداری در کاهش متغیر در فکر فرو رفتن وجود دارد ($P<0.003$). همچنین بین ۲ گروه درمان در کاهش نمره متغیرهای بیان افکار، افسردگی و پاسخ های نشخواری در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه گیری: "درمان راه حل محور کوتاه مدت" و "درمان مبتنی بر شفقت" بر بیان کردن افکار، در فکر فرو رفتن و افسردگی و همچنین نمره کل مقیاس پاسخ های نشخواری زوجین مبتلا به افسردگی موثر است. پیشنهاد می شود که از روش های درمان فوق برای کاهش و یا از بین بردن پاسخ های نشخواری زوجین مبتلا به افسردگی استفاده شود.

کلید واژه ها: درمان راه حل محور کوتاه مدت، درمان مبتنی بر شفقت، پاسخ های نشخواری، زوجین مبتلا به افسردگی.

مقدمه

افسردگی (Depression) به عنوان یکی از اختلالات روانی شایع در جامعه انسانی، دامنه وسیعی از حالت‌های عاطفی و ذهنی، از غمگینی و ضعف عزت نفس گرفته تا ناتوانی احساسی و جسمی را در می‌گیرد و ممکن است در واکنش نسبت به بعضی وقایع بیرونی، مانند مرگ نزدیکان، طلاق، خشونت یا بدون هیچ علت ظاهری اتفاق بیفتد. افراد افسرده غالباً اوضاع و احوال را برگشت ناپذیر پنداشته و معتقد هستند که نه خود می‌تواند کمکی به خویش کند و نه دیگران قادر هستند که آن‌ها را یاری کنند [۱]. بیماران مبتلا به افسردگی علاوه بر خلق افسرده، کاهش انگیزه در انجام دادن فعالیت‌ها نیز وجود دارد، به نحوی که سطح انرژی به طور چشمگیری کاهش یافته و فرد بدون انجام هیچ کاری همواره احساس خستگی و فرسودگی می‌کند. افراد افسرده، همچنین نسبت به خود و زندگی خود، بی‌علاقه هستند و اغلب، کمبودها و نارسایی‌های مختلفی را به خود نسبت می‌دهند. این افراد دچار تردید و دودلی هستند و اغلب مشکلاتی در تفکر، تمرکز و یادآوری نشان می‌دهند [۲].

پاسخ‌های نشخواری (ruminative responses) یکی از مشخصه‌های مهم شناختی در افراد مبتلا به افسردگی است و به عنوان فرایندی از تفکر مداوم در مورد احساسات و مشکلات فرد نسبت به معنای محتوای خاصی از افکار تعریف می‌شود، و عاملی بالقوه آسیب‌پذیر برای شروع یا نگهداری افسردگی، و پیش‌بینی‌کننده اختلال و نشانه‌های افسردگی و مختل کردن تفکر، حل مسأله و روابط اجتماعی است [۳]. به عبارتی، پاسخ‌های نشخواری افکار مقاوم و عودکننده‌ای هستند که گرد موضوعی معمول دور می‌زنند. این افکار به صورت غیرارادی وارد آگاهی می‌شود و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌کند [۴].

از جمله درمان‌های مؤثر بر کاهش پاسخ‌های نشخواری می‌توان به «درمان مبتنی بر شفقت» و «درمان راه‌حل محور کوتاه مدت» اشاره نمود. «درمان مبتنی بر شفقت» توسط Gilbert [۵] مطرح شد بدین صورت که شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای ۳ مؤلفه‌ای شامل «ذهن‌آگاهی» (mindfulness)، مهربانی با خود (self-kindness) و حس اشتراک با انسانیت (sense of common humanity) تعریف کرده است. ترکیب ۳ نشانه مرتبط، مشخصه فردی است

که به خود شفقت می‌ورزد. از این رو Gilbert [۵] به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت «درمان مبتنی بر شفقت» را مطرح ساخت. «درمان مبتنی بر شفقت» برای کار با افرادی شکل گرفت که مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روان همراه با شرم و خود انتقادگری داشتند و اغلب پیشینه زندگی دشواری را تجربه کرده بودند. «درمان مبتنی بر شفقت» شکل جامعی از رفتار درمانی تجربی است که توسط Gilbert و با بهره‌گیری از مبانی علم روانشناسی رشد، علم عصب‌شناسی عاطفی و نظریه تکاملی ارائه شده است. این درمان مبتنی بر روانشناسی تکاملی است، که بر اهمیت درک مغزها و احساسات در زمینه چگونگی شکل‌گیری فرایندهای تکاملی بیش از میلیون‌ها سال تأکید می‌کند [۵]. «درمان مبتنی بر شفقت» به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود [۵].

مطالعات جدی و همکاران [۶] با عنوان بررسی اثربخشی «درمان مبتنی بر شفقت» بر امید به زندگی سالمندان نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به شکل معناداری باعث افزایش سطح امید در زندگی سالمندان می‌شود. هادیان و جبل عاملی [۷] در پژوهشی به بررسی اثربخشی «درمان مبتنی بر شفقت» بر پاسخ‌های نشخواری دانشجویان دارای اختلال خواب پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد «درمان مبتنی بر شفقت» می‌تواند بر پاسخ‌های نشخواری دانشجویان دارای اختلال خواب مؤثر باشد. در پژوهش Liu و همکاران [۸] با عنوان اثربخشی «درمان مبتنی بر شفقت» بر پاسخ‌های نشخواری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان پستان به بررسی موضوع پرداختند. نتایج نشان داد که «درمان مبتنی بر شفقت» توانسته است میزان پاسخ‌های نشخواری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش دهد.

«درمان راه‌حل محور کوتاه مدت» در دهه ۱۹۸۰ میلادی توسط De Shazer & Berg [۹] در مرکز خانواده درمانی کوتاه‌مدت شهر Milwaukee در ایالت ویسکانسین در ایالات متحده آمریکا به وجود آمد. این رویکرد پست مدرن، بر همکاری مراجع و درمانگر بنا شده، و شکلی از درمان مختصر است که بر منابع و توانایی مراجع برای انطباق و خلق

ساده با استفاده از روش قرعه کشی در ۳ گروه (۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل) به تصادف جایگزین شدند. تعداد نمونه با توجه به واریانس برگرفته از مطالعه اولیه روی ۲۰ مشارکت کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۶ و سطح اطمینان ۹۵٪ برابر با ۴۵ زوج برآورد شد.

در گروه مداخله اول که «درمان راه حل محور کوتاه مدت» را دریافت کردند ۱۵ زوج، در گروه مداخله دوم که «درمان مبتنی بر شفقت» را دریافت کردند و ۱۵ زوج و در گروه کنترل نیز ۱۵ زوج از زوجین جایگزین شدند. معیار های ورود به پژوهش شامل: تمایل به همکاری زوجین برای مداخله درمانی؛ داشتن حداقل ۵ سال زندگی مشترک، عدم شرکت همزمان در هرگونه مداخله درمانی دیگر بود. معیار های خروج از مطالعه برای گروه های مداخله اول و دوم شامل عدم حضور در جلسات مداخله بیش از ۲ جلسه، بود.

برای جمع آوری از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اشتغال استفاده شد.

«مقیاس پاسخ های نشخواری» (Ruminative Responses Scale) توسط Nullen Hoeksma & Marrow در سال ۱۹۹۳ در مرکز پژوهش های بالینی پنسیلوانیا طراحی شد [۱۸]. این مقیاس دارای ۲۲ عبارت است که جواب هر عبارت به صورت طیف لیکرت ۴ درجه ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۴) می باشد. همچنین این مقیاس دارای ۳ زیر مقیاس بیان کردن افکار (expressing thoughts) (با ۵ عبارت؛ عبارت های ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰، ۲۱)؛ در فکر فرو رفتن (thinking about sinking) (با ۵ عبارت؛ عبارت های ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶) و افسردگی (depression) (با ۱۲ عبارت؛ عبارت های ۱ تا ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲) می باشد. حداقل و حداکثر نمره در زیر مقیاس بیان کردن افکار به ترتیب ۵ و ۲۰ است. نمره ۵ به این معنا است که فرد از لحاظ زیر مقیاس بیان کردن افکار در پایین ترین سطح و نمره ۲۰ به این معنا است که فرد از لحاظ زیر مقیاس بیان کردن افکار در بالاترین سطح قرار دارد. حداقل و حداکثر نمره در زیر مقیاس در فکر فرو رفتن به ترتیب ۵ و ۲۰ است. نمره ۵ به این معنا است که فرد از لحاظ زیر مقیاس در فکر فرو رفتن در پایین ترین سطح و نمره ۲۰ به این معنا است که فرد از لحاظ زیر مقیاس در فکر فرو رفتن در بالاترین سطح قرار دارد. حداقل و حداکثر نمره در زیر مقیاس افسردگی به ترتیب ۱۲ و ۴۸ است. نمره ۱۲ به این

راه حل تکیه می کند [۹]. فرض اساسی «درمان راه حل محور کوتاه مدت» این است که مشکل یا مسئله ای که فرد را به سمت درمان می کشاند برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست؛ چرا که عامل هر مشکلی لزوماً با راه حل آن مرتبط نیست و مراجعان خودشان منابعی دارند که برای ایجاد تغییر از آن ها استفاده خواهند کرد [۱۰، ۱۱]. طبق «درمان راه حل محور کوتاه مدت» از مراجعان به طور ویژه ای خواسته می شود تا در ترسیم چشم انداز آینده شرکت، و با به یاد آوردن موفقیت های گذشته، نقاط قوت و منابع خود، آن چشم انداز را در زندگی روزانه خود درست کنند [۱۲، ۱۳]. در این درمان به جای تمرکز بر گذشته بر حال و آینده و به جای توجه به ضعفها و کمبودهای مراجع، به توانمندی های آن ها توجه می شود و درمانگر، مراجع را فردی می داند که مهارت حل مشکل خود را دارد و درمانگر توانایی او را به وی یادآور می شود و او را در پیدا کردن راه حل همراهی می کند [۱۴، ۱۵].

از ضرورت های پرداختن این مطالعه در بین زوجین این است که ابتدای یک یا هر ۲ تن از زوجین به افسردگی، به شدت جو روانی خانواده را تحت تاثیر قرار داده و مشکلات زیادی از جمله ایجاد نشخوار فکری در زوجین ایجاد می کند [۱۶]. همچنین با توجه به شیوع ۱۲/۵ درصدی افسردگی در زوجین ایرانی [۱۷] پرداختن به موضوع افسردگی و آسیب های ناشی از لازم و ضروری به نظر می رسد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان راه حل محور کوتاه مدت» و «درمان مبتنی بر شفقت» بر پاسخ های نشخواری زوجین مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد در سال ۱۳۹۷ بودند که مطابق با پرونده روانپزشکی به افسردگی اساسی مبتلا بوده و داروهای ضدافسردگی از نوع بازدارنده جذب مجدد سروتونین و یا داروهای سه حلقه ای مصرف می کردند، که تعداد آن ها در حدود ۱۵۰ زوج بود. از بین زوجین مبتلا به افسردگی ۴۵ زوج به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. افرادی که ملاک ها ورودی برای شرکت در مطالعه را دارا بودند انتخاب و با روش تصادفی

(۴ تن) و همچنین، متخصصین روش شناسی و آمار (۲ تن) دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن صورت گرفت و تایید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ۱۶۳ تن از زنان مبتلا به افسردگی شهر مشهد اندازه گیری و ۰/۸۲ گزارش شد.

روایی «درمان راه حل محور کوتاه مدت» در مطالعه فرنام و همکاران [۲۲] با عنوان اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی در زنان مبتلا به چاقی با استفاده از نظر ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه سیستان و بلوچستان (واحد زاهدان) مطلوب ارزیابی شده است. در مطالعه شاکرمی و همکاران [۲۳] با عنوان اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش تنش زناشویی زنان روایی «درمان راه حل محور کوتاه مدت» با استفاده از نظر ۶ تن از متخصصان حوزه روانشناسی سلامت دانشگاه خوارزمی تهران مطلوب ارزیابی شده است. همچنین در مطالعه شاکرمی و همکاران [۲۳] کاربرد «درمان راه حل محور کوتاه مدت» مثبت ارزیابی شده است.

محتوای جلسات «درمان راه حل محور کوتاه مدت» جلسه اول: هدف این جلسه معارفه و ایجاد ارتباط و اطمینان‌دهی به بیماران در مورد اجرای اصل رازداری و اجرای پیش آزمون و تعیین چارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان راه‌مدار بود. پس از اینکه درمانگر خود را به بیماران معرفی کرد، به بیماران یادآور این نکته شد که به کار بستن روش‌های این نوع از درمان می‌تواند زندگی لذت بخش تری را برای آن‌ها به همراه آورد. تکلیف این جلسه این بود که بیماران اهداف خود را برای جلسه آینده به صورت مکتوب بنویسند.

جلسه دوم: در این جلسه اهداف آزمودنی‌ها بررسی شد و از آن‌ها خواسته شد که در مورد مشکلات خود صحبت کنند و راه‌حلی‌هایی که از دید خودشان در مورد بهبود شرایط زندگی‌شان مؤثر هست را بیان کنند. همچنین از آزمودنی‌ها خواسته شد که انتظارات خود را از زندگی به صورت دقیق و واضح بیان کنند و امکانات خود در راستای رسیدن به خواسته‌هایشان ارزیابی کنند. تکلیف جلسه دوم این بود که آزمودنی‌ها در مورد پاسخ‌های خود به سوالات معجزه بیندیشند و جواب‌های خود را به صورت مکتوب برای جلسه بعدی به همراه داشته باشند.

جلسه سوم: هدف این جلسه حذف الگوی مخمل رفتاری

معنا است که فرد از لحاظ زیر مقیاس افسردگی در پایین ترین سطح و نمره ۴۸ به این معنا است که فرد از لحاظ زیر مقیاس افسردگی در بالاترین سطح قرار دارد. حداقل و حداکثر نمره در «مقیاس پاسخ‌های نشخواری» به ترتیب ۲۲ و ۸۸ است. نمره ۲۲ به این معنا است که فرد از لحاظ پاسخ‌های نشخواری در پایین ترین سطح و نمره ۸۸ به این معنا است که فرد از لحاظ پاسخ‌های نشخواری در بالاترین سطح قرار دارد.

روایی صوری و محتوا به روش کیفی «مقیاس پاسخ‌های نشخواری» با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه سلامت روان دانشگاه San Francisco مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، روی ۷۴۰ تن از زنان و مردان ساکن San Francisco از ایالت کالیفرنیا بررسی و ۰/۸۷ گزارش شد [۱۲]. در مطالعه Michael و همکاران [۱۹] روایی صوری و محتوا به روش کیفی «مقیاس پاسخ‌های نشخواری» با استفاده از نظر ۶ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه Amsterdam مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۲۰ تن از دانشجویان دانشگاه Amsterdam ۰/۸۶ گزارش شد.

باقری نژاد و همکاران [۲۰] پژوهش خود را روی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد به تعداد ۱۱۹ تن انجام دادند و از «مقیاس پاسخ‌های نشخواری» استفاده کردند. روایی محتوا به روش کیفی ابزار با استفاده از نظر ۵ تن از متخصصان حوزه روانشناسی سلامت دانشگاه فردوسی مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه پژوهش، ۰/۸۸ گزارش شد. گوران شورکچالی و همکاران [۲۱] مطالعه ای روی ۳۲۲ تن از دانشجویان رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری انجام دادند. آن‌ها از «مقیاس پاسخ‌های نشخواری» استفاده کرده‌اند. روایی صوری ابزار با استفاده از نظر ۶ تن از متخصصان روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری مطلوب گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه پژوهش، ۰/۸۷ گزارش شد.

در مطالعه حاضر بررسی روایی محتوا و روایی صوری به روش کیفی «مقیاس پاسخ‌های نشخواری» توسط متخصصین روانشناسی بالینی (۳ تن) و روانشناسی عمومی

لیلی قاری سعادت و همکاران

شده است و چه چیزی مایه‌ی انگیزه‌ی شماسست که به تلاشتان ادامه دهید؟ و اینکه بعد از اتمام درمان می‌خواهند چه کار کنند و چه تغییراتی را در زندگیشان اجرا کنند؟

روایی «درمان مبتنی بر شفقت» در مطالعه جدی و همکاران [۱۸] با عنوان بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی سالمندان با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی تهران مطلوب ارزیابی و تایید شده است. همچنین در مطالعه جدی و همکاران [۱۸] کاربرد «درمان مبتنی بر شفقت» مثبت ارزیابی شده است. روایی «درمان مبتنی بر شفقت» در مطالعه قاسمی و همکاران [۱۹] با عنوان اثربخشی «درمان مبتنی بر شفقت» بر نظم جویی شناختی هیجان، مهارت های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط با استفاده از نظر ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان مطلوب ارزیابی شده است. همچنین در مطالعه قاسمی و همکاران [۱۹] کاربرد «درمان مبتنی بر شفقت» مثبت ارزیابی شده است.

محتوای جلسات «درمان مبتنی بر شفقت»

جلسه اول: (درک شفقت به خود ذهن آگاه)؛ در جلسه اول تمامی شرکت کنندگان به همدیگر معرفی شدند و برنامه نیز به آن‌ها معرفی شد. درک شفقت به خود ذهن آگاه اساسا تجربی بود. در یک تمرین رقابتی اعضای گروه تفاوت میان چگونگی رفتار با خودشان و چگونگی رفتار با فردی که او را دوست دارند در هنگام دشواری‌های زندگی تشخیص دادند. سپس ۳ عنصر شفقت به خود آموزش داده شد.

جلسه دوم: (تمرین ذهن آگاهی)؛ در جلسه دوم، نظریه و اصول ذهن آگاهی ارائه شد و چگونگی اینکه ذهن (مغز) به صورت طبیعی در هنگام استراحت به دنبال مسائل و مشکلات گذشته و آینده است، شرح داده شد. در این جلسه به شرکت کنندگان آموزش داده شد که توجه خود را به یک چیز واحد مانند تنفس متمرکز کنند و به این وسیله احساس آرامش کنند. برخی از اشیا جلا داده شده میان اعضای گروه توزیع شد تا در مواقعی که ذهن آن‌ها درگیر مشکلات گذشته و آینده است بر آن‌ها تمرکز کنند.

جلسه سوم: (تمرین مهربانی و مهر ورزیدن)؛ در این جلسه شرکت کنندگان تمرین مهر ورزیدن را یاد گرفتند. این تمرینات شامل عباراتی مانند: من احساس امنیت می‌کنم، من با خودم مهربان هستم، می‌شد و این تمرین یا در

با استفاده از پرسش معجزه‌آسا و تأمل در مورد پاسخشان در مورد سؤالات شرایط استثنا بود. در این جلسه در مورد پاسخ‌ها و راه‌حل‌هایی که بیماران ارائه داده‌اند بحث و تبادل نظر شد و در کنار راهنمایی به آن‌ها، جنبه‌های مختلف راه‌حل‌هایی که در پاسخ آن‌ها نهفته و قبلا در زندگی آن‌ها اتفاق افتاده پی ببرند و برای آن‌ها توضیح داده شد که در حقیقت آن‌ها بخش‌هایی از این معجزه را در زندگی خود داشته‌اند اما به آن توجه نکرده‌اند. تکلیف این جلسه این بود که توانمندی‌های خود را یادداشت کرده و برای جلسه آتی با خود آورده شود.

جلسه چهارم: هدف این جلسه یافتن موارد استثنا بود که شرکت کنندگان به موارد مثبت زندگی خود پی ببرند و سطح کیفیت زندگی خود را بر پایه‌ی خوگفایی و خودکارآمدی کشف شده، بالا برده و حوزه مشکلات خود را کاهش دهند و دقت کنند در زمان‌هایی که احساس خوار آمدی بیشتری می‌کردند، چه کار متفاوتی انجام می‌دادند؟ تکلیف این جلسه این بود که شرکت کنندگان چه راه‌حل‌هایی را به دیگرانی که مشکلات مشابه با خودشان را دارند، پیشنهاد می‌کنند؟

جلسه پنجم: هدف این جلسه ایجاد راه‌حل‌ها و تثبیت بود و تحسین شدن شرکت کنندگان برای یافتن راه‌حل‌های متفاوت و بدیع برای اهداف جدید خود تا دریابند برای بهبود شرایط و کیفیت زندگی خود می‌توانند از منابع و قابلیت‌های خود به طرز مطلوبی استفاده کنند. شرکت کنندگان بایستی به این سؤالات جواب بدهند که اگر قرار باشد قدمی کوچک برای مشکلاتشان بر دارند، چه کار خواهند کرد؟ و زمانی که مشکلاتشان حل شد برای تثبیت روند مطلوب زندگی خود چه کار متفاوتی انجام خواهند داد؟ تکلیف این جلسه آن بود که شرکت کنندگان کارهای متفاوتی که در آن‌ها حتی پس از اتمام این جلسات می‌توانند انجام دهند تا احساس توانمندی و خودکارآمدی بیشتری داشته باشند را یادداشت کنند و با استفاده از واژه به جای به مراجع کمک می‌کند که راه‌های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به جای آنچه الان انجام می‌دهد پیدا کرده و احساسات جدید را تجربه کند.

جلسه ششم: هدف این جلسه جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از طول این مدت درمان و آماده کردن شرکت کنندگان برای اتمام جلسات بود، علاوه بر این از شرکت کنندگان پرسیده شد که از زمان شروع جلسات تا به الان چه چیزی بهتر

جلسات رسمی کلاس و یا در طول روز انجام شد. جلسه چهارم: (یافتن جایگاه شفقت در خود)؛ جلسه چهارم این بود که چگونه از تکرار عبارت‌های مهرورزی فراتر روید و به صورت طبیعی شفقت به خود را در خود تمرین کنید. شفقت به خود باهدف و قصد اینکه: من تورا دوست دارم و نمی‌خواهم رنج بکشی انجام شد. داشتن یک زبان شفیق نیز ناشی از این قصد بود. زبان شفیق شما عباراتی مانند: تو می‌توانی این کار را انجام دهی، شجاع باش، می‌توانم خود را ببخشم یا تورا دوست دارم می‌شد. جلسه پنجم: (عمیق‌تر شدن)؛ در این جلسه به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی ما معنا می‌بخشد پرداخته شد. اگر بدانیم واقعاً چه چیزی برایمان مهم است می‌توانیم باخود مهربان باشیم. این جلسه همچنین به ما کمک کرد که در صورت عدم تطابق با زندگیمان با ارزش‌های اصلی، شفقت به خود داشته باشیم. جلسه ششم: (مدیریت احساسات و عواطف دشوار)؛ تمرین اصلی که در این جلسه آموزش داده شد (تمرین آرام کردن) بر اساس مهارت‌های مربوط به آگاهی جسمانی بود. این تمرین شامل شفقت فیزیکی و روانی بود. جلسه هفتم: (تغییر روابط)؛ تمرینات این جلسه شامل تغییر درد روابط، چه درد ذاتی و یا چه دردی که ناشی از عدم توانایی در برقراری رابطه شامل باشد، می‌بود. شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که برای دردهایی که در روابط دشوار زندگی آن‌ها را تحمل کرده‌اند از جملات و عبارات همراه با شفقت استفاده کنند. جلسه هشتم: (قبول و پذیرش زندگی)؛ جلسه آخر تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار داد. جست و جوی تهدیدهای فیزیکی و عاطفی برای ادامه بقای فرد ضروری است. آموزش زندگی متناسب با واقعیت‌ها و تلاش برای تغییر همزمان با تمرین مهربانی و در نظر گرفتن محدودیت‌ها و پذیرش آن‌ها و درک روحیات خود و دیگران بود و همچنین عدم قضاوت خود و دیگران با تکیه بر چیزهای خوب در زندگی و ویژگی‌های خوب در وجود خود می‌توانیم تعصبات ذاتی خود را کم کنیم و بیشتر از زندگی لذت ببریم. روش اجرا بدین صورت بود که در مرحله اول؛ پژوهشگر با کسب تاییدیه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن به مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد، مراجعه کرده و در محیط پژوهش حضور پیدا کرد. در مرحله بعد پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف

پژوهش و مراحل انجام کار را برای آن‌ها بیان کرد. پس از کسب موافقت ریاست و مسئولین مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد، کار نمونه‌گیری آغاز گردید. در فرآیند نمونه‌گیری، پژوهشگر از بین ۱۵۰ زوج مبتلا به افسردگی (که مطابق با پرونده روانپزشکی و مصرف داروهای ضدافسردگی از نوع بازدارنده جذب مجدد سروتونین و یا ترکیبی از داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین و داروهای سه حلقه‌ای، برای آن‌ها تشخیص افسردگی داده شده بود) که با هدف دریافت خدمات مشاوره‌ای و جلوگیری از آسیب‌های روانشناختی ناشی از افسردگی به مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد مراجعه کرده بودند، پس از بررسی دارا بودن ملاک‌های ورود و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ زوج را انتخاب و وارد فرآیند پژوهش شدند، ۴۵ زوج انتخاب شده و در ۳ گروه (۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. کل فرآیند نمونه‌گیری بین ۲۷ تا ۳۹ روز به طول انجامید.

بعد از انتخاب نمونه برای گروه‌های «درمان راه‌حل محور کوتاه مدت»، «درمان مبتنی بر شفقت» و کنترل، با استفاده از «مقیاس پاسخ‌های نشخواری» پیش‌آزمون، اجرا شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، برگزاری جلسات گروهی به این صورت که در سالن مربوط به مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد که دارای ۵۰ صندلی بود توسط ۲ تن از پژوهشگران که دوره‌های تخصصی مربوط به «درمان راه‌حل محور کوتاه مدت» و «درمان مبتنی بر شفقت» را گذرانده بودند، آغاز شد.

برای شرکت‌کنندگان گروه مداخله «درمان راه‌حل محور کوتاه مدت» در روزهای فرد و برای شرکت‌کنندگان گروه مداخله «درمان مبتنی بر شفقت» در روزهای زوج برگزار می‌شد. برای گروه مداخله اول «درمان راه‌حل محور کوتاه مدت» ۶ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعت به صورت هر هفته ۲ جلسه برنامه آموزش «درمان راه‌حل محور کوتاه مدت» و برای گروه مداخله دوم «درمان مبتنی بر شفقت» ۸ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعت به صورت هر هفته ۲ جلسه برنامه آموزش «درمان مبتنی بر شفقت» برگزار شد. برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد و به آن‌ها اعلام شد که طی انجام پژوهش در جای دیگر نیز مداخله‌ای دریافت نکنند.

هفته پس از اجرای پیش‌آزمون، برگزاری جلسات گروهی

کنترل کارگاه آموزشی در همان مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد توسط پژوهشگرانی که مداخله های «درمان راه حل محور کوتاه مدت» و «درمان مبتنی بر شفقت» را برای گروه های مداخله اجرا کرده بودند، نیز برگزار شد.

ضمناً ۳ گروه مورد مطالعه هیچ ارتباطی را با هم در طی فرآیند مداخله نداشتند به این خاطر که پژوهشگران ضمن هماهنگی با مسئولین مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد جلب رضایت شرکت کنندگان، افراد گروه کنترل را مجاب کرده که در طول فرآیند مداخله از مراجعه حضوری خودداری کنند. برای کنترل این مورد که آزمودنی ها هیچ مداخله دیگری را دریافت نکنند، با آزمودنی ها یک قرار اخلاقی گذاشته شد و به آن ها این توضیح داده شد که در صورت شرکت در مداخلات دیگر، نتایج این مطالعه غیر علمی و غیر سودمند خواهد شد و آزمودنی ها نیز با یک تعهد اخلاقی پذیرفتند که در هیچ مداخله ای شرکت نکنند.

داده های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس و آزمون مقایسه های زوجی برای مقایسه گروه های مداخله اول و دوم و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تعقیبی در سطح معناداری $\alpha=0/05$ و با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که تعداد کل شرکت کنندگان ۴۵ زوج (۱۰۰ درصد) با دامنه سنی بین ۲۴ تا ۵۰ سال بودند. به طور کلی ۱۳ زوج (۲۸/۸ درصد) از شرکت کنندگان شاغل و ۳۲ زوج (۷۱/۱۲ درصد) دیگر غیر شاغل بودند. در گروه «درمان راه حل محور کوتاه مدت» ۵ زوج (۳۳/۳۳ درصد) شاغل و ۱۰ زوج (۶۶/۶۷ درصد) غیر شاغل در گروه «درمان مبتنی بر شفقت» ۶ زوج (۴۰ درصد) شاغل و ۹ زوج (۶۰ درصد) غیر شاغل و در گروه کنترل ۵ زوج (۳۳/۳۳ درصد) و ۱۰ زوج (۶۶/۶۷ درصد) غیر شاغل بودند. همچنین ۲۹ زوج (۶۴/۴۴ درصد) تحصیلات دیپلم، ۷ زوج (۱۵/۵۵ درصد) کاردانی و ۹ زوج (۲۰ درصد) تحصیلات کارشناسی داشتند. در گروه «درمان راه حل محور کوتاه مدت» افراد با تحصیلات دیپلم شامل ۷ زوج (۴۶/۶۶ درصد)، تحصیلات کاردانی شامل ۲ زوج (۱۳/۳۳ درصد) و تحصیلات کارشناسی شامل ۶ زوج (۴۰ درصد) در گروه «درمان مبتنی بر

به این صورت که در سالن مربوط به مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد که دارای ۵۰ صندلی بود توسط ۲ تن از پژوهشگران که دوره های تخصصی مربوط به «درمان راه حل محور کوتاه مدت» و «درمان مبتنی بر شفقت» را گذرانده بودند، آغاز شد. کارگاه های درمانی برای شرکت کنندگان گروه مداخله «درمان راه حل محور کوتاه مدت» در روزهای فرد و برای شرکت کنندگان گروه مداخله «درمان مبتنی بر شفقت» در روزهای زوج برگزار می شد. برای گروه مداخله اول «درمان راه حل محور کوتاه مدت» ۶ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعت به صورت هر هفته ۲ جلسه برنامه آموزش «درمان راه حل محور کوتاه مدت» توسط یک تن از پژوهشگران که دوره کامل مربوط به آموزش «درمان راه حل محور کوتاه مدت» را گذرانده بود و گواهی پایان دوره مربوط به آموزش داشت، و برای گروه مداخله دوم «درمان مبتنی بر شفقت» ۸ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعت به صورت هر هفته ۲ جلسه برنامه آموزش «درمان مبتنی بر شفقت» توسط یکی از پژوهشگران مطالعه حاضر که دوره کامل مربوط به آموزش «درمان مبتنی بر شفقت» را گذرانده بود و گواهی پایان دوره آموزش داشت، برگزار شد.

در ابتدای هر جلسه هدف از انجام جلسه بیان شد و همه آموزش های هر جلسه برای رسیدن به این اهداف بود. در انتهای هر جلسه تکالیفی به آزمودنی ها داده شد که در منزل انجام دهند. در ابتدای جلسه بعد، نحوه عملکرد آزمودنی ها در انجام تکالیف و میزان برآوردن شدن اهداف جلسه بررسی گردید، و بر اساس آن پژوهشگران نسبت به تاثیر و کفایت آموزش های ارائه شده در هر جلسه اطمینان پیدا می کردند.

یک هفته پس از پایان مداخله ها، «مقیاس پاسخ های نشخواری» مورد استفاده در پیش آزمون در پس آزمون برای گروه های مداخله و گروه کنترل اجرا شد. ۴ هفته پس از پایان مداخلات و برای انجام بررسی روند اثربخشی مداخلات درمانی روی گروه های مداخله و مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری، «مقیاس پاسخ های نشخواری» برای همه ۴۵ زوج شرکت کننده در مطالعه (۱۵ زوج گروه مداخله «درمان راه حل محور کوتاه مدت»؛ ۱۵ زوج گروه «درمان مبتنی بر شفقت» و ۱۵ زوج برای گروه کنترل ارسال و پس از پاسخگویی نتایج تحلیل شد. به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام پژوهش، برای گروه

پژوهش به این صورت بود که؛ میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه «درمان راه حل محور کوتاه مدت» $43/92 \pm 5/09$ ، میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه «درمان مبتنی بر شفقت» $42/71 \pm 4/99$ ، و میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه کنترل $44/21 \pm 5/22$ با $P=0/589$ می باشد. به طور کلی نتایج آزمون F (تحلیل واریانس یک طرفه) نشان داد که بین گروه های مداخله و کنترل در متغیر سن ($P=0/589$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/01$). همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه های مداخله و کنترل از نظر وضعیت تحصیلات ($P=0/619$)، تعداد فرزندان ($P=0/703$) و وضعیت اشتغال ($P=0/391$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/01$) و گروه ها از نظر این متغیرها همگون می باشند.

شفقت» افراد با تحصیلات دیپلم شامل ۶ زوج (۴۰ درصد) ، تحصیلات کاردانی شامل ۳ زوج (۲۰ درصد) و تحصیلات کارشناسی شامل ۶ زوج (۴۰ درصد) و در گروه کنترل افراد با تحصیلات دیپلم شامل ۸ زوج (۵۳/۳۳ درصد) تحصیلات کاردانی شامل ۳ زوج (۲۰ درصد) و تحصیلات کارشناسی شامل ۴ زوج (۲۶/۶۷ درصد) بودند. در گروه «درمان راه حل محور کوتاه مدت» پاسخگویان دارای ۳ فرزند بیشترین فراوانی (۷۵ درصد) و پاسخگویان دارای یک و ۲ فرزند کمترین فراوانی (۲۵ درصد) را داشتند. در گروه «درمان مبتنی بر شفقت» پاسخگویان دارای ۳ فرزند بیشترین فراوانی (۶۹ درصد) و پاسخگویان دارای یک و ۲ فرزند کمترین فراوانی (۳۱ درصد) را داشتند؛ در گروه کنترل نیز پاسخگویان دارای ۳ فرزند بیشترین درصد فراوانی (۷۰ درصد) را در بین اعضای نمونه پژوهشی داشتند. آماره های توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان در

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای پژوهش در گروه های مداخله و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به همراه نتایج آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		F	P-value
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
بیان کردن افکار	«درمان راه حل محور کوتاه مدت»	۱۵	۱۷/۱۳	۴/۲۱	۱۳/۶۳	۳/۹۶	۱۰/۱۸	۳/۳۲	۹۱/۵۸	<۰/۰۰۱
	«درمان مبتنی بر شفقت»	۱۵	۱۸/۲۵	۴/۹۵	۱۴/۶۳	۴/۵۱	۱۱/۵۴	۳/۷۴	۷۱/۲۲	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۷/۸۴	۴/۴۱	۱۷/۵۵	۴/۴۸	۱۶/۹۸	۴/۱۵	--	<۰/۳۹۴
در فکر فرو رفتن	«درمان راه حل محور کوتاه مدت»	۱۵	۱۸/۲۲	۴/۵۷	۱۴/۲۰	۳/۸۰	۱۱/۳۹	۳/۰۴	۶۲/۷۰	<۰/۰۰۱
	«درمان مبتنی بر شفقت»	۱۵	۱۷/۳۱	۴/۳۰	۱۲/۲۲	۴/۸۱	۹/۳۲	۲/۹۱	۵۰/۳۹	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۷/۳۲	۴/۷۴	۱۶/۸۹	۴/۲۲	۱۷/۹۳	۴/۶۴	--	<۰/۳۹۰
افسردگی	«درمان راه حل محور کوتاه مدت»	۱۵	۳۹/۲۵	۷/۵۴	۳۰/۶۹	۵/۷۴	۲۷/۴۱	۵/۹۰	۱۰۴/۱۹	<۰/۰۰۱
	«درمان مبتنی بر شفقت»	۱۵	۳۸/۲۲	۷/۳۵	۳۰/۱۲	۵/۶۰	۲۶/۲۲	۵/۷۸	۹۳/۸۷	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۳۹/۳۲	۷/۳۸	۳۸/۸۹	۷/۷۶	۳۸/۵۲	۷/۸۰	--	<۰/۷۹۵
پاسخ های نشخواری (نمره کل)	«درمان راه حل محور کوتاه مدت»	۱۵	۷۴/۶	۱۵/۹۸	۵۸/۵۲	۱۱/۴۱	۴۸/۹۸	۹/۸۹	۹۳/۰۷	<۰/۰۰۱
	«درمان مبتنی بر شفقت»	۱۵	۷۳/۷۸	۱۵/۶۸	۵۶/۹۷	۱۱/۸۱	۴۷/۰۸	۹/۴۲	۴۱/۵۴	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۷۴/۴۸	۱۵/۴۰	۷۳/۳۳	۱۵/۵۸	۷۳/۴۳	۱۵/۶۰	--	<۰/۵۵۷

لیلی قاری سعادت و همکاران

یافته های جدول ۱ نشان می دهد که "درمان راه حل محور کوتاه مدت" بر کاهش متغیر بیان افکار ($P < 0/001$)، در فکر فرو رفتن ($F=91/58$)، در فکر فرو رفتن ($F=62/70$)، افسردگی افسردگی ($F=104/19$)، و پاسخ های نشخواری ($F=93/07$)، در مرحله پس آزمون و پیگیری تاثیر معناداری دارد. علاوه بر این، طبق جدول ۱ "درمان مبتنی بر شفقت" بر کاهش متغیر بیان افکار ($P < 0/001$)، در فکر فرو رفتن ($F=71/22$)، افسردگی ($F=50/39$)، و پاسخ های نشخواری ($F=93/87$)، افسردگی ($P < 0/001$)، که نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

یافته های جدول ۱ نشان می دهد که "درمان راه حل محور کوتاه مدت" بر کاهش متغیر بیان افکار ($P < 0/001$)، در فکر فرو رفتن ($F=91/58$)، در فکر فرو رفتن ($F=62/70$)، افسردگی افسردگی ($F=104/19$)، و پاسخ های نشخواری ($F=93/07$)، در مرحله پس آزمون و پیگیری تاثیر معناداری دارد. علاوه بر این، طبق جدول ۱ "درمان مبتنی بر شفقت" بر کاهش متغیر بیان افکار ($P < 0/001$)، در فکر فرو رفتن ($F=71/22$)، افسردگی ($F=50/39$)، و پاسخ های نشخواری ($F=93/87$)، افسردگی ($P < 0/001$)، که نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: مقایسه زوجی در ۳ بار اجرای متغیرهای وابسته در ۳ گروه متغیرهای پژوهش

متغیر	بیان افکار		در فکر فرو رفتن		افسردگی		پاسخ های نشخواری	
	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری
مقایسه گروهها	مقدار P	مقدار P	مقدار P	مقدار P	مقدار P	مقدار P	مقدار P	مقدار P
گروه "درمان راه حل محور کوتاه مدت" و گروه کنترل	<0/001	<0/001	<0/001	<0/001	<0/001	<0/001	<0/001	<0/001
"درمان مبتنی بر شفقت" و گروه کنترل	<0/001	<0/001	<0/003	<0/002	<0/001	<0/002	<0/001	<0/001
گروه "درمان راه حل محور کوتاه مدت" و "درمان مبتنی بر شفقت"	0/161	0/961	0/003	0/129	0/159	0/741	0/171	0/971

فرورفتن داشته است. همچنین نتایج نشان می دهد که بین ۲ گروه «درمان راه حل محور کوتاه مدت» و گروه «درمان مبتنی بر شفقت» در کاهش نمره متغیرهای بیان افکار، افسردگی و پاسخ های نشخواری در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان راه حل محور کوتاه مدت» و «درمان مبتنی بر شفقت» بر میزان پاسخ های نشخواری زوجین مبتلا به افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که بین گروه مداخله که تحت تأثیر «درمان راه حل محور کوتاه مدت» نسبت به «درمان مبتنی بر شفقت» بوده اند و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند حداقل دو گروه در متغیر پاسخ های نشخواری در شرایط پس آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. در حال حاضر درمان راه حل محور کوتاه مدت «درمان مبتنی بر شفقت» به عنوان روش های درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علائم روان شناختی بیماری های مزمن بویژه افسردگی به کار رفته است [۲۰].

نتایج آزمون تعقیبی نشان می دهد که در مرحله پس آزمون بین میانگین نمره گروه ها با یکدیگر تفاوت معناداری وجود نداشته است. یافته های جدول ۲ نشان می دهد که بین «درمان راه حل محور کوتاه مدت» و گروه کنترل در متغیرهای بیان افکار، در فکر فرو رفتن، افسردگی و پاسخ های نشخواری در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). بعلاوه، مطابق یافته های جدول ۲ می توان گفت که بین گروه «درمان مبتنی بر شفقت» و گروه کنترل در متغیرهای در متغیرهای بیان افکار، در فکر فرو رفتن، افسردگی و پاسخ های نشخواری در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) و تنها در مرحله پس آزمون بین ۲ گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج مقایسه ۲ گروه «درمان راه حل محور کوتاه مدت» و گروه «درمان مبتنی بر شفقت» نشان می دهد که در مرحله پس آزمون در کاهش متغیر در فکر فرو رفتن بین ۲ گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/003$) به این معنا که «درمان راه حل محور کوتاه مدت» در مرحله پس آزمون اثربخشی بیشتری در مقایسه با «درمان مبتنی بر شفقت» بر متغیر در فکر

ترتیب درمانگران راه‌حل محور به جای توجه به کمبودها و ناتوانی‌ها، پایه‌ی اولیه‌ی کارشان را بر روی نیروها، منابع و توانایی‌های مراجع قرار می‌دهند که همین عاملی می‌شود تا سطح پاسخ‌های نشخواری را با تکیه بر جنبه‌های مثبت زندگی کاهش دهند [۱۵، ۱۶].

یکی دیگر از یافته‌های اساسی مطالعه حاضر این بود که «درمان مبتنی بر شفقت» بر میزان پاسخ‌های نشخواری زوجین مبتلا به افسردگی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری اثر بخش است. این یافته با نتایج مطالعات جدی و همکاران [۶] با عنوان بررسی اثربخشی «درمان مبتنی بر شفقت» بر امید به زندگی سالمندان همسو است. از دلایل دیگر برای تبیین یافته‌های بدست آمده در مطالعه حاضر و در همسویی با مطالعه جدی و همکاران [۶] این است که می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر شفقت از شیوه‌های شناختی نظیر آگاهی از تجربیات ذهنی برای بهبود تحریفات شناختی، پاسخ‌های نشخواری و باورهای مربوط به تصویر بدن و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، استفاده می‌شود. همچنین در درمان فوق از فنون نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار و آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی برای تعدیل بی‌تفاوتی نسبت به خود و نیازهای روحی و فکری استفاده می‌شود [۱۰]. در به کارگیری مواجهه با تجربیات ذهنی و آشنایی با گسل‌های شناختی به مراجع آموزش داده می‌شود که با قسمت‌هایی از زندگی خود و حتی بدن خود که نسبت آن‌ها بی‌تفاوت بوده است، مواجه شوند و به مرور ارزش و اهمیت بیشتری را برای خود قائل شوند و از این طریق تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و کم‌کم میزان پاسخ‌های نشخواری را در خود کاهش دهند. از دیگر تبیین‌هایی که برای این یافته می‌توان بیان کرد این است که در شفقت‌درمانی، شفقت به خود سازه‌ای سه مؤلفه‌ای و شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانند سازی افراطی است که ترکیب این ۳ زیر مقیاس و آموزش دادن آن به زوجین مبتلا به افسردگی به دلیل کاهش دادن تحریف‌های شناختی و ایجاد خود دلسوزی، میزان پاسخ‌های نشخواری را کاهش داده است [۱۸، ۱۹].

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که «درمان راه‌حل محور

اولین یافته مطالعه حاضر این بود که «درمان راه‌حل محور کوتاه مدت» بر میزان پاسخ‌های نشخواری زوجین مبتلا به افسردگی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری اثر بخش است. این یافته با نتایج مطالعه فرنام و همکاران [۲۲] با عنوان اثربخشی «درمان کوتاه مدت راه حل محور» بر تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی در زنان مبتلا به چاقی و مطالعه شاکرمی و همکاران [۲۳] با عنوان اثربخشی «درمان کوتاه مدت راه حل محور» بر کاهش تنش زناشویی زنان همسو است. در تبیین یافته‌های این مطالعه و در همسویی با نتایج مطالعه فرنام و همکاران [۲۲] می‌توان گفت که در «درمان‌های راه حل محور کوتاه مدت» از شیوه‌های شناختی نظیر ارزیابی و آشنایی با مفاهیمی همانند نگرانی و ناامیدی برای بهبود تنظیم هیجانی، استفاده می‌شود. بنابراین، برای زوجین افسرده ای که در این روش درمانی ارائه شده است باعث شده که نسبت به نگرانی‌ها و ناامیدهایشان افکارشان آگاهی کامل پیدا می‌کنند و هنگامی که این آگاهی را پیدا کردند باعث می‌شود که نسبت به رفع آن اقدام کنند و همین عاملی می‌شود که کم‌کم ارزیابی‌های شناختی هیجانی آن‌ها افزایش و میزان پاسخ‌های نشخواری کاهش پیدا کند.

یافته‌های مطالعه حاضر همچنین با یافته‌های مطالعه شاکرمی و همکاران [۲۳] که در پژوهش خود، ذکر کردند که «درمان مبتنی بر شفقت» باعث کاهش تنش زوجین می‌شود، همسو است. در تبیین این یافته‌ها و در همسویی با مطالعات قبلی می‌توان گفت که «درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور» یک رویکرد پست مدرن (فرانگرا) است که نسبت به مداخلات رفتاری وابسته به همکاری بین درمانگر و مراجع برای درمان می‌باشد. ملاک حل مشکل در «درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور» زمانی است که یا مشکل کاملاً برطرف شده است و یا پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای براساس اهداف، تعیین شده باشد [۹]. تبیین دیگر این است که فرایند «درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور» معمولاً شامل ۵ مرحله است: مشخص کردن مشکل و هدف، شناسایی و افزایش استثنائات، مداخلات یا وظایف طراحی شده برای شناسایی و افزایش استثنائات، ارزیابی تأثیر مداخلات و ارزیابی دوباره مشکل یا هدف. «درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور» یک رویکرد غیرآسیب‌شناختی به درمان است که به جای تمرکز بر مشکلات و بیماری‌ها بر جنبه‌های مثبت و سالم زندگی تأکید می‌کند. بدین

سایر جوامع باید احتیاط کرد.

سیاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی دانشجو لیلی قاری سعادت با راهنمایی خانم دکتر شهره قربان شیروودی، مصوب کمیته اخلاق و پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با کد IR.IRU.TON.REC.1400.013 می‌باشد. در اینجا صمیمانه از تمام کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافی گزارش نکردند.

References

1. Saadati M, Abbaszadeh M, Niazi M, Montazeri Khosh H. [Sociological study of the relationship between social capital and depression (Case study: Married women in Tabriz)], Quarterly Journal of Women's Studies Sociological and Psychological, 2015; 13(1): 89-110. https://jwsp.alzahra.ac.ir/article_1939_0.html?lang=en
2. Shiralinia Kh, Chaldavi R, Amanullahi A. [The effectiveness of compassion-focused therapy on depression and anxiety in divorced women]. Journal of Clinical Psychology. 2018; 10 (37): 9-20 https://jcp.semnan.ac.ir/article_3023.html?lang=en
3. Abbasi A, Mohammadi M, Zaharakar K, Davarnia R, Babaei Garmkhani M. [The effectiveness of short-term solution-oriented treatment on reducing depression and increasing marital satisfaction in married women]. Iranian Journal of Nursing. 2017; 30 (105): 34-46. https://ijn.iuums.ac.ir/browse.php?a_id=2420&sid=1&slc_lang=en <https://doi.org/10.29252/ijn.30.105.34>
4. Aguilar-Raab C, Jarczok MN, Warth M, Stoffel M, Winter F, Tieck M, Berg J, Negi LT, Harrison T, Pace TWW, Ditzen B. Enhancing Social Interaction in Depression (SIDE study): Protocol of a randomised controlled trial on the effects of a Cognitively Based Compassion Training (CBCT) for couples, BMJ Open. 2018; 7 (15): 1-15. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/9/e020448.full.pdf>

کوتاه مدت» و «درمان مبتنی بر شفقت» بر پاسخ های نشخواری زوجین مبتلا به افسردگی هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری اثربخشی مثبت و معنا-داری دارد. بر اساس یافته های پژوهش پیشنهاد می‌شود؛ با توجه به اثربخش بودن «درمان مبتنی بر شفقت» و روش «درمان راه حل محور کوتاه مدت» بر پاسخ های نشخواری در زوجین افسرده، مشاوران خانواده و زوج درمانگران از روش ها و تمرین های این درمان برای زوجین افسرده استفاده نمایند. مهمترین محدودیت مطالعه حاضر پاسخ دهی آزمودنی ها به پرسشنامه خودگزارشی هست و این امکان وجود دارد که آزمودنی ها دقت کافی را در پاسخگویی نکرده باشند و یا دچار آمایه پاسخ شده باشند، لذا باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. همچنین این پژوهش فقط روی زوجین مبتلا به افسردگی مرکز جامع سلامت مهرگان جوان شهر مشهد، بخش سعدآباد انجام شده است و در تعمیم نتایج به

5. Gilbert P. Introducing Compassion-Focused Therapy. Advances in Psychiatric Treatment. 2009;15(3):199-208. <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/ECBC8B7B87E90ABB58C4530CDEE04088/S1355514600005654a.pdf/introducing-compassion-focused-therapy.pdf> <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
6. Jeddi M, Seyyed Jafari J, Hoseyni E, Mousavi R, Shakibmehr M. [The effectiveness of Compassion-Focused Therapy on elderly life expectancy]. Aging. 2019; 5(2):157-168. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=508701>
7. Hadian S, Jabalameli S. [The effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on rumination of students with sleep disorders: A quasi-experimental study before and after]. Urmia Medical Journal. 2018; 30 (2): 86-96. https://umj.umsu.ac.ir/browse.php?a_id=4677&sid=1&slc_lang=en
8. Liu J, Wang W, Hu Q, Wang P, Lei L, Jiang S. The relationship between phubbing and the depression of primary and secondary school teachers: A moderated mediation model of rumination and job burnout. Journal of Affective Disorders. 2021;295(1): 498-504. <https://www.sciencedirect.com/>

- science/article/abs/pii/S0165032721008752
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.070>
9. De Shazer S, Berg IK. 'What works? Remarks on research aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family therapy*. 1997;19(2):121-4. <http://www.solutions-centre.org/pdf/1467-6427.00043.pdf>
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.00043>
 10. Aminnasab A, Mohammadi S, Zareinezhad M, Chatrouz T, Mirghafari SB, Rahmani S. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on depression and perceived stress in patients with breast cancer. *TANAFOS (Respiration)*. 2018; 17(4): 272-279. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6534804/>
 11. Asano K, Shimizu E. A case report of Compassion Focused Therapy for a Japanese patient with recurrent depressive disorder: the importance of layered processes in. *Case Reports in Psychiatry*. 2018; 10 (1): 9-19. <https://doi.org/10.1155/2018/4165434>
 12. Chichirez CM, Purcărea VL. Interpersonal communication in health care. *Journal of Medicine and Life*. 2018; 11 (2): 119-122. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/>
 13. Alighanavati S, Bahrami F, Goodarzi K, Roozbehani M. [The effectiveness of Compassion-Based Therapy on rumination and anxiety in women with breast cancer]. *Journal of Health Psychology*. 2018; 7 (27): 152-168. http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_5249_en.html
 14. Mahmoudi F, Faizalezadeh Z, Samadi Shahrak Z. [Comparison of interpersonal skills of students of Tabriz University and Tabriz University of Medical Sciences]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2016; 16 (47): 418-429. https://ijme.mui.ac.ir/browse.php?a_id=4057&sid=1&slc_lang=en
 15. 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): 87-89. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.150849>
 16. Nolen-Hoeksema S, Jackson B. Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*. 2001; 25(1):37-47. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005>
 17. Majdara E, Talepasand S, Mohamadrezai A. [A structural model of depression based on interpersonal relationships: the mediating role of coping strategies and loneliness]. *Noro Psikiyatri Arsivi*. 2017; 54 (2): 125-130. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5491661/>
<https://doi.org/10.5152/npa.2017.12711>
 18. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & Emotion*. 1993; 7(6):561-570. <https://doi.org/10.1080/02699939308409206>
 19. Michael T, Halligan SL, Clark DM, Ehlers A. Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*. 2007; 24(5):307-317. <https://doi.org/10.1002/da.20228>
 20. Bagheri Nejad M, Salehi Fedredi J, Tabatabai SM. [Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students]. *Journal of Educational Studies and Psychology*. 2010; 11 (1): 38-21. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=11419>
 21. Goran Shurkchali P, Ghanadzadegan H, Dousti Y. [Investigating the relationship between rumination and stress among students]. 1st International Conference on Psychology, Social Sciences and Humanities, <https://civilica.com/doc/1171213>
 22. Farnam A, Akbarizadeh A, Erfani M. [The efficacy of integrated meta-diagnosis therapy on their differentiation and the difficulty of regulating excitement in patients with anxiety syndrome]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019; 21(61):344-453. https://mjms.mums.ac.ir/article_15287.html
 23. Shakermi M, Davarnia R, Zaharakar K. [The effectiveness of Short-Term Solution-Oriented Treatment on reducing marital stress in women]. *Scientific Research Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2014; 22 (4): 18-26. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=234941>