

Original Article



Comparison of the Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy and Compassion-Focused Therapy on Interpersonal Relationships between Couples with Depression

Leili Ghari Saadati¹ , Shohreh Ghorban Shiroudi^{1*} , Javad Khalatbari¹

¹ Department of Psychology and Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Article history:

Received: 13 December 2021

Revised: 29 January 2022

Accepted: 25 April 2022

ePublished: 15 May 2022

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

Email:

drshohreshsiroudi@gmail.com



Abstract

Background and Objective: Depression is a multifactorial psychological disorder in which the level of interpersonal communication is very low; Therefore, this study was conducted to compare the effectiveness of short-term solution-based therapy and compassion-based therapy on interpersonal relationships of couples with depression.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study. Forty-five couples with depression were randomly assigned to "the short-term solution-oriented therapy" group, the "compassion-based therapy" group and the control group according to the inclusion criteria. For the first intervention group, 6 sessions of short-term solution-oriented therapy training were held, and for the second intervention group, 8 sessions of compassion-based therapy training were held. No intervention was performed for the control group. Data collection tools included the Matson Communication Skills Questionnaire. Data were analyzed using SPSS software version 24. Significance level was considered 0.05.

Results: The mean and standard deviation of interpersonal communication at follow-up in the control group was 42.32 ± 4.12 , in the short-term solution group was 67.18 ± 6.75 and in the compassion-based treatment group was 73.22 ± 7.39 . Findings related to group comparison showed that short-term solution-oriented therapy and compassion-based therapy had a significant effect on the interpersonal relationships of couples with depression ($P < 0.05$). There was also a significant difference between the effectiveness of short-term solution-oriented therapy and compassion-based therapy on interpersonal relationships of couples with depression ($P < 0.05$).

Conclusion: The results showed that short-term solution-oriented therapy and compassion-based therapy are effective on interpersonal relationships of couples with depression.

Keywords: Compassion-focused Therapy; Depressed Couples; Interpersonal Relationships; Solution-focused Brief Therapy



Extended Abstract

Background and Objective

Depression is one of the most common mental disorders in human society that occurs in response to certain external events, such as the death of loved ones, divorce, and violence, or without any apparent cause. A person with depression, in addition to being depressed, lacks enough motivation to do his activities; as a result, the energy level decreases dramatically and the person always feels tired and exhausted without doing anything. Depressed people are indifferent to themselves and their lives and often attribute various shortcomings and inadequacies to themselves. One of the problems that people with depression face is the inability to establish positive and desirable relationships with others; therefore, in other people's opinion, depressed individuals lack desirable and optimal interpersonal relationships. Interpersonal communication is the process in which we share our information and feelings with others through verbal and non-verbal messages. The need to have interpersonal relationships in adulthood manifests itself in the form of the need to participate in social activities, and dissatisfaction with it leads to feelings of loneliness. Effective therapies for interpersonal communication between couples with depression include Compassion-Focused Therapy and Solution-Focused Brief Therapy.

Materials and Methods

The present quasi-experimental study was conducted based on a pretest-posttest control group design and follow-up. In this study, the group related to the Solution-Focused Brief Therapy was the first intervention group and the group related to the compassion-Focused Therapy was the second intervention group. The statistical population of the present study included all couples referring to family counseling clinics in District 1 of Mashhad, Iran, in 2018, who were already diagnosed with depression (n=450 couples). The inclusion criteria for the couples were being willing to receive the therapeutic intervention, living together for at least 5 years, not participating in any other treatment intervention at the same time, having one to three children, not being remarried, having depression or obvious signs of depression, getting a score higher than the cut-off point (10) on the Beck Depression Scale, participating simultaneously and together in treatment sessions. On the other hand, the couples who did not attend the intervention sessions for more than 2 sessions, were separated, were unwilling to participate and continue the treatment sessions were excluded from the study.

The research process and intervention administration were initiated by selecting 163 eligible couples who answered the interpersonal communication questionnaire in the pre-test conditions.

Results

Descriptive findings showed that the mean scores of the variable interpersonal relationships in the pre-test, post-test, and follow-up stages were obtained respectively at 44.32 ± 4.68 , 45.51 ± 4.50 , and 42.32 ± 4.12 for the control group; 45.53 ± 4.77 , 59.32 ± 5.93 , and 67.18 ± 6.75 for the Solution-Focused Brief Therapy group; and 43.19 ± 4.62 , 63.74 ± 6.04 , and 73.22 ± 7.39 for the Compassion-Focused Therapy group. The results of comparing the groups showed that Solution-Focused Brief Therapy and Compassion-Focused Therapy had significant effects on the interpersonal relationships between couples with depression ($P < 0.05$). Moreover, there was a significant difference between the effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy and Compassion-Focused Therapy on the interpersonal communications between couples with depression ($P < 0.05$).

Conclusion

This study aimed to evaluate the effectiveness of short-term solution-oriented therapy and treatment on compassion in the interpersonal relationships of couples with the disease. The results of data analysis generally showed the group of interventions that were affected by short-term solution-oriented therapy were more compassionate than the control group and the control group that did not receive any training, at least two groups had significant differences in interpersonal communication variances.

Another key finding of the present study was that compassion-based therapy was effective in the interpersonal relationships of couples with depression in both the post-test and follow-up stages.

In general, the results of the present study revealed that Solution-Focused Brief Therapy and Compassion-Focused Therapy were effective in the interpersonal relationships of couples with depression. The most important application of the present study was that couples with depression gain knowledge and insight into the extent of their interpersonal relationships. Based on the findings of this study and considering the effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Solution-Focused Brief Therapy on interpersonal relationships in depressed couples, it is recommended that family counselors and couple therapists adopt the methods and exercises of these two types of interventions to increase interpersonal communication between depressed couples.

مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی

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

^۱ گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، تنکابن، ایران

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی نوعی اختلال روان‌شناختی چندعاملی است که در آن سطح ارتباطات میان‌فردی بسیار کم است؛ بنابراین، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع نیمه‌تجربی بود. ۴۵ نفر از زوجین مبتلا به افسردگی با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به‌طور تصادفی در گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل گماشته شدند. برای گروه مداخله اول ۶ جلسه آموزش درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و برای گروه مداخله دوم ۸ جلسه آموزش درمان مبتنی بر شفقت برگزار شد. برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی ماتسون بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف استاندارد متغیر ارتباطات میان‌فردی در مرحله پیگیری در گروه کنترل $42/32 \pm 4/12$ ، در گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت $67/18 \pm 6/75$ و در گروه درمان مبتنی بر شفقت $73/22 \pm 7/39$ بود. یافته‌های مربوط به مقایسه گروه‌ها نشان داد درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی تأثیر معناداری داشته است ($P > 0/05$). همچنین بین اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی تفاوت معناداری وجود داشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دادند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی مؤثر است.

واژگان کلیدی: ارتباطات میان‌فردی؛ درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت؛ درمان مبتنی بر شفقت؛ زوجین مبتلا به افسردگی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۲۲
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۰۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۰۵
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۲۵

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

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

استناد: قاری سعادت، لیلی؛ قربان شیروودی، شهره؛ خلعتبری، جواد. مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، زمستان ۱۴۰۰؛ ۳۰(۱): ۳۰-۴۱.

مقدمه

افسردگی (Depression) یکی از اختلالات روانی شایع در جامعه انسانی است که در واکنش به برخی وقایع بیرونی مانند مرگ نزدیکان، طلاق، خشونت یا بدون هیچ علت ظاهری اتفاق می‌افتد [۱]. فرد مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، انگیزه کافی را برای انجام فعالیت‌هایش ندارد، به‌طوری‌که سطح انرژی به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد و فرد بدون انجام هیچ کاری، همواره احساس خستگی و فرسودگی می‌کند [۲]. افراد افسرده نسبت به خود و زندگی خود بی‌علاقه هستند و اغلب، کمبودها و نارسایی‌های مختلفی را به خود نسبت می‌دهند [۳].

مختلفی را به خود نسبت می‌دهند [۳]. یکی از مشکلاتی که افراد مبتلا به افسردگی با آن درگیر هستند، ناتوانی در برقراری ارتباطات مثبت و مطلوب با دیگران است، به‌طوری‌که از دید دیگران افراد افسرده ارتباطات میان‌فردی مطلوب و بهینه ندارند [۱، ۳]. طبق تعریف Pitman و Kahile، مهارت‌های ارتباطات میان‌فردی شامل توانایی کار کردن با دیگران، توسعه دوستی‌ها، برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی با دیگران و همچنین مهارت‌های اجتماعی، مردمی و خودکارآمدی اجتماعی است [۳].

راه حل همراهی می‌کند [۱۰].

با توجه به مطالب و نتایج پژوهش‌های انجام‌شده، می‌توان گفت که افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که شیوع روزافزون آن (در دنیا حدود ۲ هزار و ۹۲۴ نفر به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر) به نگرانی جهانی تبدیل شده است [۱۱]. همچنین فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی برای مبتلایان به اختلال افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲/۹ تا ۶/۱۲ درصد در جمعیت عمومی باعث شده است توجه به درمان و کاهش میزان نشانگان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته شود [۱۲].

از ضرورت‌های پرداختن به این مطالعه آن است که پژوهشگران دریافته‌اند اغلب زوجین مبتلا به افسردگی ارتباطات میان‌فردی ضعیفی دارند و این عامل همواره افسردگی آن‌ها را تشدید می‌کند [۱۳]. علاوه‌براین، از آنجاکه اندک بودن سطح ارتباطات میان‌فردی به‌عنوان شکلی از رفتارهای اجتنابی به‌طور واضح به کاهش و تخریب عملکرد مناسب زوجین در زندگی مشترک منجر می‌شود و تأثیر پایداری بر میزان افسردگی و باورهای فکری و هیجانی زوجین می‌گذارد [۱۴]، به بررسی و توجه بیشتری نیاز دارد. هرچند باید گفت که فهمیدن این مسئله کافی نیست که بسیاری از زوجین مبتلا به افسردگی سطح کمتری از ارتباطات میان‌فردی را دارند، بلکه مهم این است که بدانیم چه عواملی به افزایش این متغیر کمک می‌کند. از طرفی دیگر، تاکنون در ایران مطالعه‌ای به بررسی مقایسه‌ای دو روش درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت روی زوجین مبتلا به افسردگی از نظر اثربخشی بر ارتباطات میان‌فردی نپرداخته است که نشان می‌دهند شکاف موجود در مطالعات قبلی است. لذا هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی بود.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح سه گروه پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری و کنترل بود. در این پژوهش گروه مربوط به درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت گروه مداخله اول و گروه مربوط به درمان مبتنی بر شفقت گروه مداخله دوم است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام زوجین مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره خانواده منطقه ۱ شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که افسردگی آن‌ها تشخیص داده شد. تعداد این افراد حدود ۴۵۰ زوج بود. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: تمایل به همکاری زوجین برای مداخله درمانی؛ داشتن حداقل ۵ سال زندگی مشترک؛ شرکت نکردن هم‌زمان در هرگونه مداخله درمانی دیگر؛ داشتن یک تا سه فرزند، عدم ازدواج مجدد، وجود افسردگی یا علائم بارز افسردگی هم در خانم و هم در آقا، گرفتن نمره بیشتر از نقطه برش (۱۰) در مقیاس افسردگی بک هم توسط خانم و هم

ارتباطات میان‌فردی (Interpersonal communication) فرایندی است که در آن اطلاعات و احساسات خود را از طریق پیام‌های کلامی و غیرکلامی با دیگران در میان می‌گذاریم [۲]. نیاز به داشتن ارتباطات میان‌فردی در بزرگسالی به شکل نیاز به مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی بروز می‌کند و عدم ارضای آن موجب احساس تنهایی می‌شود [۴].

از جمله درمان‌های مؤثر برای ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی می‌توان به درمان مبتنی بر شفقت (Compassion-focused therapy) [۴] و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت (Solution-Focused Brief Therapy) [۴] اشاره کرد. رویکرد درمان مبتنی بر شفقت را مطرح و شفقت به خود را سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل ذهن‌آگاهی (mindfulness)، مهربانی با خود (self-kindness) و حس اشتراک با انسانیت (sense of common humanity) تعریف کرد. ترکیب سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. از این رو Gilbert از این سازه در فضای جلسات درمان استفاده کرد و در نهایت درمان مبتنی بر شفقت را برای کار با افرادی مطرح ساخت که مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روان همراه با شرم و خودانتقادگری داشتند و اغلب پیشینه زندگی دشواری را تجربه کرده بودند [۵]. درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود [۶]. نتایج برخی مطالعات نشان‌دهنده کاربرد و اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پریشانی روانی و مهارت‌های ارتباطی است [۶،۷].

Kim berg و Steve de shazer در دهه ۱۹۸۰ میلادی، درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت را در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه مدت میلوآکی در ویسکانسین مطرح کرد. این رویکرد پست‌مدرن است و بر همکاری مراجع و درمانگر بنا شده و شکلی از درمان مختصر است که بر منابع و توانایی مراجع برای انطباق و خلق راه‌حل تکیه می‌کند. فرض اساسی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت این است که مشکل یا مسئله‌ای که فرد را به سمت درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست؛ چراکه عامل هر مشکلی لزوماً با راه‌حل آن مرتبط نیست و مراجعان خودشان منابعی دارند که برای ایجاد تغییر از آن‌ها استفاده خواهند کرد [۸]. طبق درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، از مراجعان به‌طور ویژه‌ای خواسته می‌شود در ترسیم چشم‌انداز آینده شرکت و با به یاد آوردن موفقیت‌های گذشته، نقاط قوت و منابع خود، آن چشم‌انداز را در زندگی روزانه خود درست کنند [۹]. در این درمان به جای تمرکز بر گذشته، بر حال و آینده و به جای توجه به ضعف‌ها و کمبودهای مراجع، به توانمندی‌های او توجه می‌شود و درمانگر مراجع را فردی می‌داند که مهارت حل مشکل خود را دارد و درمانگر توانایی مراجع را به او یادآور می‌شود و او را در پیدا کردن

گروه طی فرایند مداخله هیچ ارتباطی با هم نداشتند. به همین دلیل پژوهشگران ضمن هماهنگی با مسئولان کلینیک مشاوره بهار اندیشه و جلب رضایت شرکت کنندگان، افراد گروه کنترل را مجاب کردند که در طول فرایند مداخله از مراجعه حضوری خودداری کنند.

برای کنترل این مورد که آزمودنی‌ها هیچ مداخله دیگری را دریافت نکنند، با آزمودنی‌ها یک قرار اخلاقی گذاشته و به آن‌ها این توضیح داده شد که در صورت شرکت در مداخلات دیگر، نتایج این مطالعه غیرعلمی و غیرسودمند خواهد شد و آزمودنی‌ها نیز با یک تعهد اخلاقی پذیرفتند که در هیچ مداخله‌ای شرکت نکنند. یک هفته پس از پایان مداخله‌ها، پرسش‌نامه ارتباطات میان‌فردی استفاده‌شده در پیش‌آزمون در پس‌آزمون برای گروه‌های مداخله و کنترل اجرا شد. چهار هفته پس از پایان مداخلات و برای انجام بررسی روند اثربخشی مداخلات درمانی روی گروه‌های مداخله و مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری، پرسش‌نامه ارتباطات میان‌فردی برای همه ۴۵ زوج شرکت‌کننده در مطالعه (۱۵ زوج گروه مداخله درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، ۱۵ زوج گروه درمان مبتنی بر شفقت و ۱۵ زوج گروه کنترل) ارسال و پس از پاسخگویی نتایج تجزیه و تحلیل شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام پژوهش برای گروه کنترل نیز کارگاه آموزشی در همان کلینیک مشاوره بهار اندیشه توسط پژوهشگرانی برگزار شد که مداخله‌های درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت را برای گروه‌های مداخله اجرا کرده بودند.

برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اشتغال از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی استفاده شد.

پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی ماتسون (Matson Interpersonal Communication Skills Questionnaire)

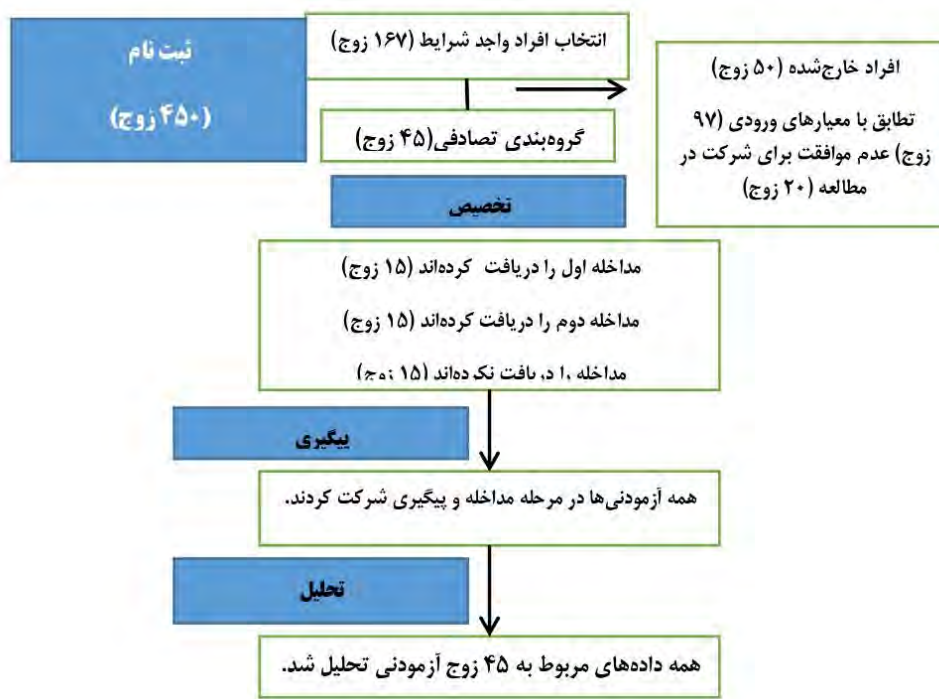
این پرسش‌نامه ۱۹ سؤال دارد و هدف آن سنجش میزان مهارت ارتباطی بین‌فردی در افراد مختلف است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت (کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱) است. برای به‌دست‌آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می‌کنند. امتیازات این پرسش‌نامه دامنه‌ای از ۱۹ تا ۹۵ دارد. نمره‌های بیشتر نشان‌دهنده مهارت ارتباط بین‌فردی بیشتر در شخص پاسخ‌دهنده است و برعکس. برای گرفتن نتیجه دقیق‌تر، می‌توان از دسته‌بندی زیر به‌منظور سنجش میزان مهارت ارتباط بین‌فردی پاسخ‌دهنده استفاده کرد: نمره کمتر از ۴۵ مشکل حاد ارتباطی؛ نمره ۴۶ تا ۶۵ مشکل

آقا، حضور هم‌زمان هر دو نفر (زوج) در جلسات درمانی. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه‌های مداخله اول و مداخله دوم شامل حضور نیافتن در جلسات مداخله بیش از ۲ جلسه، جدایی زوجین از هم، تمایل نداشتن زن یا مرد برای شرکت و ادامه جلسات درمانی بود.

روش اجرای پژوهش و مداخله به این صورت بود که با توجه به ملاک‌های ورود، ۱۶۳ زوج انتخاب شدند که در شرایط پیش‌آزمون به پرسش‌نامه ارتباطات میان‌فردی پاسخ دادند. زوجینی که در پاسخ‌دهی به مقیاس افسردگی بک، نمره‌ای بیشتر از نقطه برش (نمره ۱۰) کسب کردند، غربال شدند که تعداد آن‌ها ۹۷ زوج بود. از بین زوجین غربال‌شده، ۴۵ زوج به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و در سه گروه (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) به تصادفی قرار گرفتند. در گروه مداخله اول که درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت را دریافت کردند ۱۵ زوج، در گروه مداخله دوم که درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند ۱۵ زوج و در گروه کنترل نیز ۱۵ زوج جایگزین شدند. تعداد نمونه با توجه به واریانس گرفته‌شده از مطالعه اولیه روی ۲۰ زوج مشارکت‌کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۶ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۴۵ زوج برآورد شد. کل فرایند نمونه‌گیری بین ۲۵ تا ۳۵ روز طول کشید.

سپس از گروه‌های مداخله اول و دوم خواسته شد در فرایند آموزش با استفاده از پروتکل‌های درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت شرکت کنند. بعد از انتخاب نمونه برای گروه‌های مداخله اول و دوم و گروه کنترل به صورت گروهی و با استفاده از پرسش‌نامه ارتباطات میان‌فردی، پیش‌آزمون اجرا شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، دو نفر از پژوهشگران که دوره‌های تخصصی را دیده بودند، جلسات گروهی را در سالن مربوط به کارگاه‌های درمانی یکی از کلینیک‌های مشاوره خانواده منطقه یک شهر مشهد (کلینیک مشاوره بهار اندیشه) با ظرفیت ۵۰ نفر برگزار کردند. کارگاه‌های درمانی برای شرکت‌کنندگان گروه مداخله درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در روزهای فرد و برای شرکت‌کنندگان گروه مداخله درمان مبتنی بر شفقت در روزهای زوج برگزار می‌شد.

برای گروه مداخله اول ۶ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعته به صورت هر هفته ۲ جلسه برنامه آموزش درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و برای گروه مداخله دوم ۸ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعته 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 طی انجام پژوهش در جای دیگر نیز مداخله‌ای دریافت نکنند. سه



شکل ۱: نمودار کانسورت روند انجام مطالعه حاضر

پرسش نامه نشخوار فکری با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه روان شناسی بالینی (۳ تن) و روان شناسی عمومی (۴ تن) دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن و دانشگاه فردوسی مشهد مطلوب گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۶۳ نفر از زنان مبتلا به افسردگی شهر مشهد اندازه گیری و ارتباطات میان فردی ۰/۸۲ گزارش شد.

داده های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی لامتریکس، آزمون تعقیبی شفه و آزمون تحلیل واریانس در سطح معنی داری $\alpha=0/05$ تجزیه و تحلیل شد. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

ارتباطی؛ نمره ۶۶ تا ۹۵ فرد توانمند.

در مطالعات خارجی Jackson و Nolen-Hoeksema [۱۵] و Michael و همکاران [۱۶] روایی صوری و محتوا را به روش کیفی ارتباطات میان فردی مطلوب گزارش کردند. همچنین برای بررسی میزان پایایی پرسش نامه ارتباطات میان فردی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۱ گزارش شد. در مطالعات داخلی باقری نژاد و همکاران [۱۷] و گوران شورکچالی و همکاران [۱۸] روایی محتوایی به روش کیفی مطلوب و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ گزارش شده است. در مطالعه حاضر روایی محتوایی به روش کیفی و روایی صوری

جدول ۱: شرح جلسات مداخله درمان راه حل محور کوتاه مدت

جلسه	هدف و محتوای جلسه	تکلیف بیمار(ان)
اول	هدف این جلسه معارفه و ایجاد ارتباط و اطمینان دهی به بیماران درباره اصل رازداری، اجرای پیش آزمون، تعیین چارچوبها و بیان اصول کلی درمان راهمدار بود. پس از اینکه درمانگر خود را به بیماران معرفی کرد، به بیماران یادآور شد که به کار بستن روش های این نوع از درمان ممکن است 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.
دوم	بررسی اهداف بیماران و منطبق کردن اهدافشان بر سه اصل مثبت، معین و ملموس و قابل اندازه گیری. سپس از بیماران خواسته شد درباره مشکلات خود صحبت کنند و راه حل هایی را بیان کنند که از دید خودشان در بهبود شرایط زندگیشان مؤثر است و انتظارات خود را از زندگی به صورت دقیق و واضح بگویند تا خواب بیدار شوید و ببینید که مشکلاتان کامل حل شده است، بتوانند به ارزیابی امکانات خود در راستای رسیدن به خواسته هایشان بپردازند.	تکلیف این جلسه این بود که درباره پاسخشان به سؤالات معجزه بیندیشند و جواب هایشان را به صورت مکتوب برای جلسه بعد بیاورند. محتوای سؤال معجزه به این شرح بود: «اگر یک روز از زندگیشان مؤثر است و انتظارات خود را از زندگی به صورت دقیق و واضح بگویند تا خواب بیدار شوید و ببینید که مشکلاتان کامل حل شده است، چه چیزی در زندگیتان متفاوت خواهد بود؟»

ادامه جدول ۱.

سوم	هدف این جلسه حذف الگوی مخل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه‌آسا و تأمل درباره پاسخ به سؤالات شرایط استثنا بود. در این جلسه درباره پاسخ‌ها و راه‌حل‌هایی که بیماران ارائه دادند، بحث و تبادل نظر شد و در کنار راهنمایی آن‌ها، تکلیف این جلسه این بود که توانمندی‌های خود را یادداشت به جنبه‌های مختلف راه‌حل‌هایی پی بردند که در پاسخ آنان نهفته و قبلاً در زندگی کنند و برای جلسه بعد با خود بیاورند. آن‌ها اتفاق افتاده بود و به آن‌ها توضیح داده شد که در حقیقت آن‌ها بخش‌هایی از این معجزه را در زندگی خود داشته‌اند، اما به آن توجه نکرده‌اند.
چهارم	هدف این جلسه یافتن موارد استثنا بود که شرکت‌کنندگان به موارد مثبت زندگی خود پی ببرند و سطح کیفیت زندگی خود را بر پایه خودکفایی و خودکارآمدی تکلیف این جلسه این بود که شرکت‌کنندگان چه راه‌حل‌هایی را کشف‌شده، بالا ببرند و حوزه مشکلات خود را کاهش دهند و دقت کنند در به کسانی که مشکلات مشابه با خودشان دارند، پیشنهاد می‌دهند. زمان‌هایی که احساس خودکارآمدی بیشتری می‌کردند، چه کار متفاوتی انجام می‌کنند؟
پنجم	هدف این جلسه ایجاد راه‌حل‌ها و تثبیت و تحسین شرکت‌کنندگان برای یافتن راه‌حل‌های متفاوت و بدیع برای اهداف جدید خود بود تا دریابند برای بهبود شرایط و کیفیت زندگی خود می‌توانند از منابع و قابلیت‌های خود به‌طور مطلوبی استفاده کنند. شرکت‌کنندگان باید به این سؤالات جواب می‌دادند که اگر قرار باشد قدمی کوچک برای مشکلاتشان بردارند، 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 این بود که شرکت‌کنندگان کارهای متفاوتی را یادداشت کنند که پس از اتمام جلسات می‌توانند انجام دهند تا احساس توانمندی و خودکارآمدی بیشتری داشته باشند و واژه «به جای» را در عملکردهای روزانه خود جایگزین کنند تا احساس جدیدتری به توانمندی‌هایشان داشته باشند.
ششم	هدف این جلسه جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از طول مدت درمان و آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اتمام جلسات بود. علاوه بر این از شرکت‌کنندگان پرسیده شد که از زمان شروع جلسات تا الان چه چیزی بهتر شده است و چه چیزی مایه انگیزه آن‌ها بود که به تلاشتان ادامه دهند و اینکه بعد از اتمام درمان می‌خواهند چه کار کنند و چه تغییراتی را در زندگیشان اجرا کنند. تکلیف بیمار ارائه جمع‌بندی نهایی از وضعیت خود پس از فرایند درمان و ارائه آن به درمانگر بود.

جدول ۲: شرح جلسات مداخله درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	درک شفقت به خود ذهن آگاه	در جلسه اول تمامی شرکت‌کنندگان به همدیگر معرفی شدند و برنامه نیز به آن‌ها معرفی شد. درک شفقت به خود ذهن آگاه اساساً تجربی است. در یک تمرین رقابتی، اعضای گروه تفاوت میان چگونگی رفتار با خود و چگونگی رفتار با فردی دوستش دارند را هنگام دشواری‌های زندگی تشخیص دادند. سپس سه عنصر شفقت به خود آموزش داده شد.
دوم	تمرین ذهن آگاهی	در جلسه دوم، نظریه و اصول ذهن آگاهی ارائه شد و چگونگی اینکه ذهن (مغز) به صورت طبیعی هنگام استراحت به دنبال مسائل و مشکلات گذشته و آینده است، شرح داده شد. در این جلسه به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد توجه خود را به یک چیز واحد مانند تنفس متمرکز کنند و احساس آرامش کنند. برخی از اشیای جلا داده‌شده میان اعضای گروه توزیع شد تا در مواقعی که ذهن آن‌ها درگیر مشکلات گذشته و آینده است، بر آن‌ها تمرکز کنند.
سوم	تمرین مهربانی و مهر ورزیدن	در این جلسه شرکت‌کنندگان تمرین مهر ورزیدن را یاد گرفتند. این تمرینات شامل عباراتی مانند «من احساس امنیت می‌کنم و من با خودم مهربان هستم» می‌شد. این تمرین در جلسات رسمی کلاس یا در طول روز انجام شد.
چهارم	یافتن جایگاه شفقت در خود	جلسه ی چهارم این بود که چگونه از تکرار عبارت‌های مهرورزی فراتر روند و به صورت طبیعی شفقت به خود را تمرین کنند. شفقت به خود با این هدف و قصد انجام شد که من تو را دوست دارم و نمی‌خواهم رنج بکشی. داشتن یک زبان شفیق نیز ناشی از این قصد بود. زبان شفیق شامل عباراتی مانند «تو می‌توانی این کار را انجام دهی، شجاع باش، می‌توانم خود را ببخشم، تو را دوست دارم» می‌شد.
پنجم	عمیق زندگی کردن	در این جلسه به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی پرداخته شد که به زندگی شرکت‌کنندگان معنا می‌بخشد. اگر بدانیم واقعاً چه چیزی برایمان مهم است، می‌توانیم با خود مهربان باشیم. این جلسه همچنین به شرکت‌کنندگان کمک کرد در صورت عدم تطابق زندگی با ارزش‌های اصلی، شفقت به خود داشته باشند.

ادامه جدول ۲.

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 می‌شد.
هفتم	تغییر روابط	تمرینات این جلسه شامل تغییر درد روابط بود؛ چه درد ذاتی و چه دردی ناشی از عدم توانایی در برقراری رابطه. شرکت‌کنندگان یاد گرفتند برای دردهایی که در روابط دشوار زندگی تحمل کرده‌اند، از جملات و عبارات همراه با شفقت استفاده کنند.
هشتم	قبول و پذیرش زندگی	جلسه آخر تعصبات منفی زندگی را هدف قرار داد. به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که جست‌وجوی تهدیدهای فیزیکی و عاطفی برای ادامه بقا ضروری است، اما در ظرفیت آن‌ها برای شاد بودن مشکل ایجاد می‌کند. همچنین به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد با تکیه بر چیزهای خوب در زندگی و ویژگی‌های خوب در وجود خود می‌توانند تعصبات ذاتی خود را کم کنند و بیشتر از زندگی لذت ببرند.

نتایج

وجود دارد ($F=153/600$; $P>0/05$; $\eta^2=0/882$ Partial). نتایج تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی لامتریکس و شفه در جدول ۵ نشان می‌دهد بین ارتباطات میان فردی گروه‌های درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F=48/505$; $P>0/05$). همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه درمانی (-۴/۹۵۵) نشان دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان فردی زوجین مبتلا به افسردگی در مرحله پس‌آزمون است. همچنین نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین ارتباطات میان فردی گروه‌های درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد

نتایج آزمون تی مستقل در جدول ۳ نشان می‌دهد بین گروه‌های مداخله و کنترل در متغیر سن ($P=0/589$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$). همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد بین گروه‌های 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 گروه‌ها از نظر این متغیرها همگون هستند. نتایج جدول تحلیل کوواریانس در جدول ۴ نشان می‌دهد بین گروه‌های درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت، درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در پس‌آزمون متغیر ارتباطات میان فردی تفاوت معنی‌داری

جدول ۳: اطلاعات جمعیت‌شناختی و همگنی گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله اول (درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت)	گروه مداخله دوم (درمان مبتنی بر شفقت)	گروه کنترل (۱۵ زوج)	P
سن (سال)	۴۳/۹۲±۵/۰۹	۴۲/۷۱±۴/۹۹	۴۴/۲۱±۵/۲۲	*۰/۵۸۹
وضعیت تحصیلات				
دیپلم	۶	۷	۷	**۰/۶۱۹
کاردانی	۵	۵	۴	
کارشناسی	۴	۳	۴	
تعداد فرزندان				
۰	۲	۲	۱	**۰/۷۰۳
۱	۸	۷	۸	
۲	۳	۴	۳	
۳	۲	۲	۳	
وضعیت اشتغال				
شاغل	۴	۵	۵	**۰/۳۹۱
غیرشاغل	۱۱	۱۰	۱۰	

* آزمون تی مستقل؛ ** آزمون دقیق فیشر

جدول ۴: تحلیل تفاوت بین نمرات پس‌آزمون ارتباطات میان فردی دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر η^2
ارتباطات میان فردی	۷۵۱/۱۲۷	۲	۳۷۵/۵۶۴	۱۵۳/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
خطا	۱۰۰/۲۴۸	۴۱	۲/۴۴۵			

جدول ۵: تحلیل تفاوت بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری ارتباطات میان‌فردی دو گروه مداخله اول و دوم

مرحله	منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری P	تفاوت میانگین‌ها
پس‌آزمون	ارتباطات میان‌فردی خطا	۱۱۸/۵۹۸ ۱۰۰/۲۴۸	۱ ۴۱	۱۱۸/۵۹۸ ۲/۴۴۵	۴۸/۵۰۵	۰/۰۰۱	-۴/۹۵۵
پیگیری	ارتباطات میان‌فردی خطا	۱۴۲/۳۷۸ ۱۲۴/۸۲۷	۱ ۴۱	۱۴۲/۳۷۸ ۳/۰۴۵	۴۶/۷۶۵	۰/۰۰۱	-۵/۴۳۰

 $(P > 0.05; F = 46/765)$

درمانی (۷/۱۷۸) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی در مرحله پیگیری است.

نتایج تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی لامتریکس و شفه در جدول ۷ نشان می‌دهد بین ارتباطات میان‌فردی گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0.05; F = 275/158$). همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه درمانی (۱۱/۶۱۰) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی در مرحله پس‌آزمون است. همچنین نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بین ارتباطات میان‌فردی گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0.05; F = 260/594$). همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه درمانی (۱۲/۶۸۰) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت در ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی در مرحله پیگیری است.

همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه درمانی (-۵/۴۳۰) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت روی ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی در مرحله پیگیری است. نتایج تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی لامتریکس و شفه در جدول ۶ نشان می‌دهد بین ارتباطات میان‌فردی گروه‌های درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0.05; F = 135/681$). همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه درمانی (۶/۶۵۵) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی در مرحله پس‌آزمون است. همچنین نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین ارتباطات میان‌فردی گروه‌های درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0.05; F = 126/789$). همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه

جدول ۶: تحلیل تفاوت بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری ارتباطات میان‌فردی گروه مداخله اول و گروه کنترل

مرحله	منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری P	تفاوت میانگین‌ها
پس‌آزمون	ارتباطات میان‌فردی خطا	۳۳۱/۷۴۹ ۱۰۰/۲۴۸	۱ ۴۱	۳۳۱/۷۴۹ ۲/۴۴۵	۱۳۵/۶۸۱	۰/۰۰۱	۶/۶۵۵
پیگیری	ارتباطات میان‌فردی خطا	۳۸۶/۰۱۶ ۱۲۴/۸۲۷	۱ ۴۱	۳۸۶/۰۱۶ ۳/۰۴۵	۱۲۶/۷۸۹	۰/۰۰۱	۷/۱۷۸

جدول ۷: تحلیل تفاوت بین نمرات پس‌آزمون ارتباطات میان‌فردی گروه مداخله دوم و گروه کنترل

مرحله	منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	تفاوت میانگین‌ها
پس‌آزمون	ارتباطات میان‌فردی خطا	۶۷۲/۷۸۲ ۱۰۰/۲۴۸	۱ ۴۱	۶۷۲/۷۸۲ ۲/۴۴۵	۲۷۵/۱۵۸	۰/۰۰۱	۱۱/۶۱۰
پیگیری	ارتباطات میان‌فردی خطا	۷۹۳/۳۹۲ ۱۲۴/۸۲۷	۱ ۴۱	۷۹۳/۳۹۲ ۳/۰۴۵	۲۶۰/۵۹۴	۰/۰۰۱	۱۲/۶۰۸

بحث

زوجین مبتلا به افسردگی انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌طور کلی نشان داد بین گروه مداخله‌هایی که تحت تأثیر درمان

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت بر میزان ارتباطات میان‌فردی

اینکه دانستید چه کاری مؤثر است، آن را بیشتر انجام دهید؛ اگر کاری مؤثر نیست، آن را دوباره انجام ندهید، بلکه کار متفاوتی انجام دهید.

یکی دیگر از یافته‌های اساسی مطالعه حاضر این بود که درمان مبتنی بر شفقت بر میزان ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری اثربخش بود. این یافته با نتایج مطالعات Carona و همکاران [۷] و Yadavaia و همکاران [۲۰] همسو است.

از دلایل دیگر برای تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر و در همسویی با مطالعه Yadavaia و همکاران [۲۰] این است که می‌توان گفت در درمان مبتنی بر شفقت از شیوه‌های شناختی نظیر آگاهی از تجربیات ذهنی برای بهبود تحریفات شناختی، نشخوارهای فکری، 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 به‌کارگیری مواجهه با تجربیات ذهنی و آشنایی با گسل‌های شناختی به مراجع آموزش داده می‌شود با قسمت‌هایی از زندگی خود و حتی بدن خود مواجه شوند که نسبت به آن‌ها بی‌تفاوت بوده است و به‌مرور ارزش و اهمیت بیشتری را برای خود قائل شود تا از این طریق تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کند و کم‌کم سطح ارتباطات میان‌فردی را در خود ارتقا دهد.

این درحالی است که در شفقت‌درمانی، شفقت به خود به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف شده است [۱۷]. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با عوامل درونی نیز آرام می‌شود [۱۱]. در تمرین‌های متمرکز بر شفقت بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت [۱۵].

بدین ترتیب هریک از این رویکردها به شیوه‌ای متفاوت بر ارتباطات میان‌فردی تأثیر مثبت دارند. ارتباط میان‌فردی نوعی تعامل‌گزینشی نظام‌مند منحصربه‌فرد و رو به پیشرفت است که شناخت طرفین از یکدیگر محصول این شناخت است و موجب خلق معانی مشترک در بین آن‌ها می‌شود. روابط بین‌فردی فرایندی است که در آن یک فرد اطلاعات و احساسات خود را از طریق پیام‌های کلامی و غیرکلامی به فرد یا افراد دیگر می‌رساند. این توانایی موجب تقویت رابطه گرم و صمیمی با دیگران و رفع تضادها و تعارض‌ها

راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت نسبت به درمان مبتنی بر شفقت بوده‌اند و گروه کنترل که تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند، حداقل دو گروه در میزان واریانس متغیر ارتباطات میان‌فردی در شرایط پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

این یافته با نتایج مطالعات Naoshi و Shimotsu [۱۴] و Alonso-Fernandez و همکاران [۲۸] همسو است. در تبیین یافته‌های این مطالعه و در همسویی با نتایج مطالعه Shimotsu و Naoshi [۱۴] می‌توان گفت که در درمان‌های راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت از شیوه‌های شناختی نظیر ارزیابی و آشنایی با مفاهیمی همانند نگرانی و ناامیدی برای بهبود تنظیم هیجانی استفاده می‌شود؛ بنابراین، برای زوجین افسرده‌ای که در این روش درمانی ارائه شده است، باعث شده نسبت به نگرانی‌ها و ناامیدهای افکارشان آگاهی کامل یابند و هنگامی که این آگاهی را پیدا کردند، باعث می‌شود نسبت به رفع آن اقدام کنند و همین عاملی می‌شود که کم‌کم ارزیابی‌های شناختی هیجانی آن‌ها کاهش و سطح ارتباطات میان‌فردی آن‌ها افزایش می‌یابد.

یافته‌های همچنین مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش Alonso-Fernandez و همکاران [۲۸] همسو است. آن‌ها در پژوهش خود ذکر کردند که درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش تنظیم هیجان و ارتباطات میان‌فردی در افراد مبتلا به افسردگی مزمن می‌شود. در تبیین این یافته‌ها و در همسویی با مطالعه Alonso-Fernandez و همکاران [۲۸] می‌توان گفت که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور یک رویکرد پست‌مدرن (فرانوگرا) است که نسبت به مداخلات رفتاری به همکاری بین درمانگر و مراجع برای درمان وابسته است. ملاک حل مشکل در درمان راه‌حل‌محور زمانی است که مشکل کاملاً برطرف شده باشد یا پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای براساس اهداف تعیین شده باشد [۸]. تبیین دیگر این است که فرایند درمان راه‌حل‌محور معمولاً شامل پنج 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 راه حل محور نوعی رویکرد غیر آسیب شناختی به درمان است که به‌جای تمرکز بر مشکلات و بیماری‌ها، بر جنبه‌های مثبت و سالم زندگی تأکید می‌کند. بدین ترتیب درمانگران راه‌حل‌محور به‌جای توجه به کمبودها و ناتوانی‌ها، پایه اولیه کارشان را روی نیروها، منابع و توانایی‌های مراجع قرار می‌دهند [۱۵، ۱۶]. در واقع مراجعان بر اهداف برجسته، قابل دسترسی، ملموس و قابل اندازه‌گیری تمرکز دارند. در این رویکرد کنکاش درباره گذشته و گله و شکایت به‌عنوان موانعی برای فرایند درمانی شناخته شده است. یکی از اصول مهم این درمان این است که مراجع نسبت به راه‌حل‌های موجود فعلی شناخت پیدا کند. شناختی که قابلیت تبدیل به واقعیت اجتماعی و راه‌حل‌های جدیدتر را دارد. سه تفکر اساسی درمان راه‌حل‌محور را هدایت می‌کنند؛ اگر چیزی نشکسته است، آن را ترمیم نکنید؛ به محض

می‌شود [۱۵].

اخلاق و پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با کد IR.IRU.TON.REC.1400.013 گرفته شده است. از تمام کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگذاری می‌کنیم.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

کلیه نویسندگان گواهی می‌دهند که نسخه اصلی و هیچ محتوای مشابه دیگری در هیچ جایی و هیچ زبان دیگری ارسال و یا برای چاپ در نظر گرفته نشده است و همچنین مسئول پاسخگوی صحت و سقم کل کار از ابتدا تا زمان چاپ مقاله می‌باشد.

لازم به ذکر است مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق تصویب شده است و فرم‌های رضایتنامه از افراد شرکت کننده گرفته شده است.

سهم نویسندگان

نقش نویسنده مسئول و یا عهده دار مکاتبات و همچنین نویسنده اول همانا در طراحی مطالعه پژوهش، گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش و تایید نسخه نهایی مقاله در راستای انجام کار نویسنده مسئول در به عهده گرفتن مسئولیت‌های عمومی و متداول مقاله حائز اهمیت است و نقش نویسنده سوم در طراحی مطالعات یا تحلیل و تفسیر داده‌ها در تهیه پیش نویس مقاله و یا بازبینی اصلاح موشکافانه آن در جهت اصلاح مقاله همانا قابل ذکر می‌باشد.

حمایت مالی

منابع مالی این مطالعه را نویسندگان تأمین کرده‌اند.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد. از دیگر محدودیت‌ها این بود که مطالعه حاضر روی زوجین مبتلا به افسردگی شهر مشهد انجام شد. لذا نتایج به‌دست‌آمده قابل تعمیم به نقاط دیگر کشور نیست.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباطات میان‌فردی زوجین مبتلا به افسردگی اثربخش است. مهم‌ترین کاربرد مطالعه حاضر این است که زوجین مبتلا به افسردگی به آگاهی و بینش نسبت میزان ارتباطات میان‌فردی خود دست می‌یابند. بر اساس یافته‌های این پژوهش و با توجه به اثربخش بودن درمان مبتنی بر شفقت و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر ارتباطات میان‌فردی در زوجین افسرده، پیشنهاد می‌شود مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران از روش‌ها و تمرین‌های این دو نوع مداخله برای افزایش سطح ارتباطات میان‌فردی زوجین افسرده استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این تحقیق از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی مصوب کمیته

REFERENCES

- Shiralinia Kh, Chaldavi R, Amanullahi A. The effectiveness of compassion-focused therapy on depression and anxiety in divorced women. *J Clin Psychol*. 2018;**10**(1):9-20. DOI: [10.22075/JCP.2018.13055.1272](https://doi.org/10.22075/JCP.2018.13055.1272)
- 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. *Iran J Nurs*. 2017;**30**(105):46-34.
- 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;**8**(9):e020448. PMID: [30287601](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30287601/) DOI: [10.1136/bmjopen-2017-020448](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020448)
- Aihie O, Igbineweka MN. Efficacy of solution focused brief therapy, systematic desensitization and rational emotive behavioural therapy in reducing the test anxiety status of undergraduates in a nigerian university. *J Educ Soc Res*. 2018;**7**(5):8-10.
- Gillbert P. Social mentalities: internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*. Eds P Gilbert & KG Bailey. 2010;**10**(1):118-50.
- Asano K, Shimizu E. A case report of compassion focused therapy (cft) for a japanese patient with recurrent depressive disorder: the importance of layered processes in cft. *Case Rep Psychiatry*. 2018;**10**(1):9-19. PMID: [30416837](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30416837/) DOI: [10.1155/2018/4165434](https://doi.org/10.1155/2018/4165434)
- Carona C, Rijo D, Salvador C, Castilho P, Gilbert P. Compassion-focused therapy with children and adolescents. *BJPsych Advances*. 2017;**23**(4):240-52. DOI: [10.1192/apt.bp.115.015420](https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015420)
- Chichirez CM, Purcărea VL. Interpersonal communication in healthcare. *J Med Life*. 2018;**11**(2):119-122. PMID: [30140317](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30140317/)
- Ali Qanavati S, Bahrami F, Goodarzi K, Roozbehani M. The effectiveness of compassion-based therapy on rumination and anxiety in women with breast cancer. *J Health Psychol*. 2018;**7**(27):152-168.
- Mahmoudi F, Faizalehzadeh Z, Samadi Shahrak Z. Comparison of interpersonal skills of students of tabriz university and tabriz university of medical sciences. *Iranian J Med Educa*. 2016;**16**(47):429-418.
- Joormann J, Gotlib I. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot*. 2010;**24**(2):281-298. PMID: [20300538](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20300538/)
- Kamimura A, Nourian M, Assasnik N, Roa KF. Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian J Psychiatr*. 2010;**4**(23):51-55. DOI: [10.1016/j.ajp.2016.07.014](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.014)
- Kimbrel NA, Meyer EC, DeBeer BB, Gulliver SB, Morissette SB. A 12-Month prospective study of the effects of PTSD depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Res*. 2014;**243**:97-99. PMID: [27376669](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27376669/) DOI: [10.1016/j.psychres.2016.06.011](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.011)
- Shimotsu S, Naoshi H. Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian J Psychiatr*. 2014;**24**(13):125-129. PMID: [27931895](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27931895/) DOI: [10.1016/j.ajp.2016.09.003](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.09.003)
- Nolen-Hoeksema S, Jackson B. Mediators of the gender difference in rumination. *Psychol Women Q*. 2001;**25**(1):37-47. DOI: [10.1111/1471-6402.00005](https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005)
- Michael T, Halligan SL, Clark DM, Ehlers A. Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. 2007;**24**(5):307-17. PMID: [17041914](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17041914/) DOI: [10.1002/da.20228](https://doi.org/10.1002/da.20228)
- Bagherinejad M, Salehi Fedredi J, Tabatabai SM. Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *J Educ Psychol*. 2010;**11**(1):38-21.

18. Goran Shurkchali P, Ghanadzadegan H, Dousti Y. Investigating the relationship between rumination and stress among students. *First International Conference on Psychology, Social Sciences and Humanities*; 202.
19. Mohammadi K, Zandasta E. Prediction of anxious thoughts and prospective student's ruminants based on parents' parenting styles. *Acad J Psychol Stud*. 2018;**7**(2):72-9.
20. Yadavaia JE, Hayes SC, Vilaradaga R. Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci*. 2014;**3**(12):284-257. PMID: [25506545](#) DOI: [10.1016/j.jcbs.2014.09.002](#)
21. 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*. 2018;**17**(4):272-279.
22. 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). *Soc Psychol Stud Wo*. 2017;**13**(1):110-89. DOI: [10.22051/JWSPS.2015.1939](#)
23. Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;**14**(1):1-28. PMID: [29328780](#) DOI: [10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811](#)
24. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychol Med*. 2015;**45**(5):927-45. PMID: [25215860](#) DOI: [10.1017/S0033291714002141](#)
25. Majd Ara E, Talepasand S, Rezaei AM. A Structural Model of Depression Based on Interpersonal Relationships: The Mediating Role of Coping Strategies and Loneliness. *Noro Psikiyatr Ars*. 2017;**54**(2):125-130. PMID: [28680309](#) DOI: [10.5152/npa.2017.12711](#)
26. Wichowicz HM, Puchalska L, Rybak-Korneluk AM, Gasecki D, Wisniewska A. Application of solution-focused brief therapy (sfbt) in individuals after stroke. *Brain Inj*. 2017;**31**(11):1507-1512. PMID: [28696135](#) DOI: [10.1080/02699052.2017.1341997](#)
27. Ahmadi S, Panah Ali A. The effectiveness of group counseling conversational relationship analysis on improving interpersonal relationships and self-efficacy of male and female students of payame noor buchan university. *Wo Familt Stu*. 2018;**10**(37):24-7.
28. Dehbashi M, Aslipour A, Kafi M. The effectiveness of interpersonal relationships training on friendship and self-esteem of female students. *Q J Psychol Res*. 2019;**10**(39):118-101.
29. Alonso-Fernandez M, Lopez-Lopez A, Losada A, Gonzalez JL, Wetherell JL. Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain: a pilot study. *Behav Psychol*, 2015;**11**(4):452-468.