

## اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر میزان نگرانی درمورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن زنان با اضطراب بالینی مشهود

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵

### خلاصه

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر میزان نگرانی درمورد اشتباهات، و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن زنان با اضطراب بالینی مشهود بود. پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون دو گروهی می باشد.

**روش کار:** جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان با اضطراب بالینی مشهود شهر تهران که در سال ۱۴۰۳ جهت درمانهای روان‌شناختی به مرکز مشاوره و روان درمانی قطعه گمشده مراجعه نموده‌اند تشکیل می‌دهند. در پژوهش حاضر ۲۸ نفر با استفاده از روش غیر تصادفی هدفمند گزینش و سپس به روش تصادفی ۱۴ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۴ نفر دیگر به عنوان گروه گواه گمارش شدند. گروه آزمایش در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان کوتاه مدت راه حل محور قرار گرفته و در نهایت پس از ریزش، ۱۲ شرکت‌کننده مداخله را با موفقیت به پایان رساندند. در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. لازم به ذکر است که جهت معادل سازی نفرت دو گروه آزمایش و گواه به تعداد ریزش گروه آزمایش به صورت تصادفی از گروه گواه نیز حذف گردید. در این پژوهش از مقیاس چند بعدی کمال گرایی فراست (FMPS)، مقیاس تاب آوری (CD-RISC) و مقیاس اضطراب بالینی (CAS) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) و تک متغیره (ANCOVA) تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر، درمان کوتاه مدت راه حل محور به طور معنی داری موجب بهبود میزان نگرانی درمورد اشتباهات، و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن زنان با اضطراب بالینی مشهود شده است.

**کلمات کلیدی:** درمان کوتاه مدت راه حل محور، نگرانی درمورد اشتباهات، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، زنان با اضطراب بالینی مشهود.

فاطمه برازنده<sup>۱</sup>

مهریار عنصری<sup>۲\*</sup>

۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.  
۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران. (نویسنده مسئول)

**نویسنده مسئول:** مهریار عنصری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

Email: dr.anasseri1969@gmail.com

## مقدمه

احساس ایمنی، ارضای نیازهای بالاتر را امکان پذیر می سازد و شخص را به ظاهر شدن و یادگیری مهارت ها و تسلط بر می انگیزد، اگر امنیت تأمین نشود، شخص پیوسته می بایست بین اشتیاق به سلامت و ایمنی از یک سو و اشتیاق به رشد از سوی دیگر، میان استقلال و وابستگی، میان بازپس گرایی و فراگرایی، یکی را انتخاب کند. وقتی ایمنی آدمی در معرض خطر واقع گردد، شخص مجبور است به ارکان اساسی تری بازگشت نماید و این بدان معنا است که در انتخاب ایمنی و رشد، انتخاب ایمنی، غالب می شود و لذا نیاز به آن، بر نیاز به رشد، غلبه می کند (۱).

احساس نایمنی می تواند فرد درگیر را در فشار قرار دهد و مسائل و مشکلاتی را برای او ایجاد کند و حتی پیامدهای سوئی هم در بهداشت روانی فردی و ارتباطات اجتماعی او به ارمغان آورد. احساس نایمنی می تواند از جنبه های مختلف زندگی، شغلی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی نمود پیدا کند و با متغیرهای سن، جنس، دین، تأهل، شغل، رشته تحصیلی، شدت یا کاهش یابد. احساس نایمنی را می توان در دوره های مختلف سنی مشاهده کرد. (۲). احساس امنیت برای سالم بودن جسمی و روانی انسان لازم و ضروری است، احساس عدم امنیت دائم، شخص را در حال بسیج قوا و به هم ریختگی سوخت و ساز بدن قرار می دهد و اگر ادامه یابد موجود را به سوی بیماری های جسمی و روانی سوق خواهد داد. زیرا ساختمان بدن انسان قدرت تحمل تنش دائمی را ندارد. تأثیری که احساس نایمنی بر انسان دارد، ایجاد حالت تنش و برانگیختگی و عدم تعادل است. نگرانی، ترس، وحشت و اضطراب، تنش و عصبیت، جملگی از پیامدهای نایمنی هستند (۳).

از طرف دیگر، خطاهای شناختی، الگوهای تفکر اغراق شده یا غیر منطقی هستند که برای فرد نهادینه شده اند و باعث وضعیت نابدایند روانی فرد مخصوصاً افسردگی، اضطراب و .. می شوند. به عبارت دیگر تحریفات شناختی افکاری هستند که باعث می شوند که فرد درک درست و منطقی از مسائل نداشته باشد.

این الگوهای تفکر اغلب افکار و احساسات منفی را تقویت کرده و مداومت در داشتن این نگرش منفی نسبت به خود، آینده و دنیا باعث اضطراب و افسردگی و بیماری های روانی می شود. کیم، ینگرایی و مندهال (۴) انسان در طی سال های رشد خود بنا بر تجربه ها و گاه یادگیری های زیانبار قواعدی وضع می کند که ممکن است انعطاف ناپذیر بوده و در بسیاری از موارد به داده هایی که ذهن از دنیای اطرافش دریافت می کند فرم داده و آنها را باب میل خود تغییر می دهند. خطاهای شناختی مثل آینه و یا دوربینی هستند که اشکال را به همانگونه که هستند باز نمایی نمی کنند، بلکه شکل های عجیب و غریبی از اشیاء را نشان می دهند. یکی از این خطاهای شناختی، خطای شناختی شخصی سازی نام دارد. افراد با این خطای شناختی چون نگاه فاجعه آمیزی به مسایل دارند، خودشان را در برابر مشکلات ناتوان می بینند و به شدت احساس درماندگی کرده و افسرده می شوند و مسلماً احساس نابدایندتری را هم تجربه خواهند کرد. شما معتقدید آنچه که روی داده است یا روی خواهد داد چنان اسفناک و غیر قابل تحمل خواهد بود که یارای ایستادگی در برابر آنرا نخواهید داشت و این از کاه کوه ساختن منجر به تشدید اضطراب می شود و تشدید اضطراب منجر به تشدید اجتناب می شود (۵).

مشاوره راه حل محور، شکلی از درمان مختصر است که بر منابع مراجعان تکیه می زند. هدف این مدل درمانی آن است که از طریق فراخواندن و خلق راه حل هایی برای مشکلات مراجعان به آن ها کمک کند که نتایج مورد نظرشان برسند. این رویکرد با درمان های سنتی متمرکز بر مشکل در اکثر رویکردهای دیگر در می افتد، همین طور با برخی از سنت های دیگر درمانی مغایر است (۶). درمانگران راه حل محور این ایده را از سازه گراها وام گرفته اند که هیچ چیز مطلقاً وجود ندارد بنابراین درمانگر نباید نظرش را درباره طبعی بودن تحمیل کند. جستجو برای نواقص ساختی که مشخصه اکثر اشکال دیگر روان درمانی است، نفی می شود. هدف درمان راه حل محور این است که به افراد کمک کند تا در موقعیت خود تغییراتی را به وجود آورند.

آماري پژوهش حاضر را تمامی زنان با اضطراب بالینی مشهود شهر تهران که در سال ۱۴۰۳ جهت درمانهای روان‌شناختی به کلینیک قطعه گمشده مراجعه نموده‌اند، تشکیل می‌دهند. برای انتخاب نمونه مورد نظر ابتدا بر اساس ملاکهای ورود به پژوهش از افراد جامعه، تعداد ۲۸ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند (مبتنی بر هدف) گزینش و سپس به روش تصادفی ۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر دیگر در گروه گواه گمارش شدند. گروه آزمایش در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان کوتاه مدت راه حل محور قرار گرفته و در نهایت پس از ریزش، ۱۲ شرکت‌کننده درمان را با موفقیت به پایان رساندند. در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. لازم به ذکر است که جهت معادل سازی نفرت دو گروه آزمایش و گواه به تعداد ریزش گروه آزمایش به صورت تصادفی از گروه گواه نیز حذف گردید.

معیارهای ورود به مداخله درمانی شامل رضایت آگاهانه فرد، حداقل تحصیلات؛ توانایی خواندن و نوشتن، دارا بودن اضطراب بالینی با تشخیص روانشناس یا روانپزشک و اینکه تحت درمان دارویی نباشند. معیارهای خروج از مداخله درمانی نیز شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، پیش‌بینی آسیب روان‌شناختی به شرکت‌کنندگان و بیش از سه جلسه غیبت در جلسات درمان بود.

### پروتکل درمان کوتاه مدت راه حل محور

پروتکل درمانی فایل حاضر نیز بر اساس کار دشازر و همکاران (۸) طراحی شده است. اختصاری از جلسات درمان راه حل مدار کوتاه مدت در این پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

این تغییرات می‌باید پایدار باشند نه سطحی و موقتی، هر چند که تغییر موقتی در مشکلات شخصی نیز می‌تواند درمانی باشد. دقیقاً می‌توان گفت که هدف درمان آن است که به افراد کمک کند که از فرآیندهای تغییری که قبلاً شروع شده‌اند، آگاه شوند و راه حل‌های تداوم یا تشدید (تقویت) این تغییرات را پیدا کنند (۷).

در سطح دیگر، هدف درمان صرفاً کمک به مراجع است که با تغییر از حرف زدن درباره مشکل به حرف زدن درباره راه حل‌ها تغییر در کلام خویش را شروع کنند. وقتی افراد شروع می‌کنند به این که درباره آن چه می‌توانند به طرز مؤثری انجام دهند، چه منابعی دارند، در گذشته چه کار کرده‌اند که مؤثر واقع می‌شدند، حرف بزنند، آن‌گاه درمانگر راه حل مدار به هدف اولیه خویش دست می‌یابد. مداخله‌های درمانی در یک فرآیند سه مرحله‌ای انجام می‌پذیرند: درمانگر فعالانه می‌کوشد مشکل را در قالب مثبت‌تر و کارآمدتری مطرح کند و پشتکار و کاردانی مراجع را تحسین کند؛ آن‌دام اسارت آور را که مراجع برای خود تنیده است، تبیین سازد و یک رهنمود شبه تلقینی را با یک نشانه بدیهی از پیشرفت در رفتار مراجع، پیوند بزند (نظری، ۱۳۹۸). با توجه به آنچه که گفته شد سوال پژوهش حاضر این است که آیا درمان کوتاه مدت راه حل محور بر میزان نگرانی در مورد اشتباهات، و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن زنان با اضطراب بالینی موثر است؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع کاربردی و مطالعه‌ای نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. افراد مورد مطالعه به روش غیر تصادفی (هدفمند) انتخاب شدند. جامعه

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	هدف این جلسه معارفه و ایجاد ارتباط و اطمینان دهی به بیماران در مورد اجرای اصل رازداری و اجرای پیش‌آزمون و تعیین چارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان راه مدار است. پس از اینکه درمانگر خود را به بیماران معرفی می‌کند به بیماران یادآور این نکته می‌شود که به کار بستن تکنیک‌های این نوع از درمان می‌تواند زندگی لذت بخش تری را برای آنها به همراه آورد. تکلیف این جلسه این است که بیماران اهداف خود را برای جلسه آینده به صورت مکتوب بنویسند.
جلسه دوم	بررسی اهداف بیماران و منطبق کردن اهدافشان بر سه اصل مثبت و معین و ملموس و قابل اندازه‌گیری بودن و سپس از بیماران خواسته می‌شود که در مورد مشکلات خود صحبت کنند و راه‌حلی‌هایی که از دید خودشان در مورد بالا رفتن بهبود شرایط زندگیشان مؤثر هست را بیان کنند و انتظارات خود را از زندگی به صورت دقیق و واضح بیان کنند تا بتوانند به ارزیابی امکانات خود در راستای رسیدن به خواسته‌هایشان بپردازند. تکلیف این جلسه این است که در مورد پاسخشان به سوالات معجزه‌بیندیشند و جواب‌هایشان را به صورت مکتوب برای جلسه بعدی بیاورند.

محتوای سؤال معجزه به این شرح است که اگر یک روز از خواب بیدار شوند و ببینند که مشکلاتنا کامل حل شده است، چه چیزی در زندگیشان متفاوت خواهد بود؟	
هدف این جلسه حذف الگوی محل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه آسا و تأمل در مورد پاسخشان در مورد سؤالات شرایط استثنا است. در این جلسه در مورد پاسخ ها و راه حل هایی که بیماران ارائه داده اند بحث و تبادل نظر میشود و در کنار راهنمایی به آنها، جنبه های مختلف راه حل هایی که در پاسخ آنان نهفته و قبلا در زندگی آنها اتفاق افتاده پی ببرند و برای آنها توضیح داده که در حقیقت آنها بخش هایی از این معجزه را در زندگی خود داشته اند اما به آن توجه نکرده اند. تکلیف این جلسه این است که توانمندی های خود را یادداشت کرده و برای جلسه آتی با خود بیاورند.	جلسه سوم
هدف این جلسه یافتن موارد استثناست که شرکت کنندگان به موارد مثبت زندگی خود پی ببرند و سطح کیفیت زندگی خود را بر پایه ی خوکیفایی و خودکارآمدی کشف شده، بالا ببرند و حوزه ی مشکلات خود را کاهش دهند و دقت کنند در زمان هایی که احساس خوکارآمدی بیشتری می کردند، چه کار متفاوتی انجام می دادند؟ تکلیف این جلسه این است که شرکت کنندگان چه راه حل هایی را به دیگرانی که مشکلات مشابه با خودشان را دارند، پیشنهاد می کنند؟	جلسه چهارم
هدف این جلسه ایجاد راه حل ها و تثبیت است و تحسین شدن شرکت کنندگان برای یافتن راه حل های متفاوت و بدیع برای اهداف جدید خود تا دریابند برای بهبود شرایط و کیفیت زندگی خود می توانند از منابع و قابلیت های 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 است که شرکت کنندگان کارهای متفاوتی که در آنها حتی پس از اتمام این جلسات می توانند انجام دهند تا احساس توانمندی و خوکارآمدی بیشتری داشته باشند را یادداشت کنند و واژه ی «به جای» را در عملکردهای روزانه ی خود جایگزین کنند تا احساس جدیدتری در مورد توانمندی هایشان پیدا کنند.	جلسه پنجم
هدف این جلسه جمع بندی و نتیجه گیری از طول این مدت درمان و آماده کردن شرکت کنندگان برای اتمام جلسات است، علاوه بر این از شرکت کنندگان پرسیده شود که از زمان شروع جلسات تا به الان چه چیزی بهتر شده است و چه چیزی مایه ی انگیزه ی شماست که به تلاششان ادامه دهید؟ و اینکه بعد از اتمام درمان می خواهند چه کار کنند و چه تغییراتی را در زندگیشان اجرا کنند؟	جلسه ششم

## ابزار اندازه گیری

### مقیاس چند بعدی کمال گرایی فراست (FMPS)

مقیاس چند بعدی کمال گرایی فراست (۹) به منظور ارزیابی ابعاد مختلف کمال گرایی ساخته شده است. این آزمون دارای ۳۵ عبارت و دارای ۶ زیر مقیاس: نگرانی در مورد اشتباهات، تردید نسبت به اعمال، انتظارات والدین، انتقاد والدین، استانداردهای فردی و نظم و ترتیب است. به علاوه نمره کمال گرایی کلی از طریق جمع کردن نمره ی همه ۳۵ عبارت آزمون به دست می آید. نمره بالا در این آزمون حاکی از کمال گرایی بالای فرد در حیطه مورد نظر است. فراست و همکاران (۹) میزان ضریب همسانی درونی زیر مقیاس هاس آزمون بین ۰.۷۳ تا ۰.۹۳ و ضریب همسانی درونی کل آزمون را ۰.۹۰ گزارش کرده اند. در یک نمونه استرالیایی نیز ضریب همسانی درونی زیر مقیاس های آزمون ۷۷۰ تا ۰.۹۰ و ضریب همسانی درونی کل آزمون ۰.۹۱ بوده است (۱۰).

### مقیاس تاب آوری (CD-RISC)

این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۱۱) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روان پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملا نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل است: تصور

عدد به دست آمده کم کرده و عدد حاصله را در ۱۰۰ ضرب کنید. حال این عدد را تقسیم بر ۴ برابر تعداد سوالات تکمیل شده کنید. در پایان شما عددی بین ۰ تا ۱۰۰ خواهید داشت. نمره بالاتر حاکی از شدت یا میزان بیشتر مشکلات است. مقیاس اضطراب بالینی از ثبات درونی مطلوبی برخوردار است؛ ضریب آلفای کرونباخ آن ۰.۹۴ گزارش شده است. همچنین پایایی حاصل از بازآزمایی این آزمون در یک فاصله دو هفته ای بین ۰.۶۴ تا ۰.۷۴ بوده است.

### روش اجرای پژوهش

در این پژوهش پس از انتخاب جامعه آماری و تعیین حجم نمونه مورد نظر و دریافت معرفی-نامه از حوزه پژوهش دانشگاه (کد اخلاق به شماره IR.IAU.CTB.REC.1403.102)، پرسشنامه ها با روش نمونه گیری متناسب با نمونه های تحقیق و حفظ حقوق اخلاقی آزمودنی ها در اختیار نمونه ها قرار گرفت (مرحله پیش آزمون) پس از آن جلسات درمان انجام شد و مجددا پرسشنامه ها در اختیار نمونه ها قرار گرفت (مرحله پس آزمون) و پس از اجرا، پرسشنامه ها نمره گذاری و جهت تجزیه و تحلیل داده ها به وسیله نرم افزار SPSS<sup>۱۱</sup> مورد استفاده قرار خواهد گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) و تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) به عنوان مدل های آماری پارامتریک سازگار با موضوع تحقیق استفاده به عمل آمد.

شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی/ تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی است. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۲) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است.

### مقیاس اضطراب بالینی (CAS)

مقیاس اضطراب بالینی در سال ۱۹۹۲ توسط تیر (۱۳) به منظور ارزیابی بالینی تهیه شد. این آزمون یک ابزار ۲۵ عبارتی است که بر روی سنجش میزان، شدت و سطح اضطراب بالینی که توسط آزمودنی گزارش شده است، تمرکز دارد. نمره بالاتر در این مقیاس به معنای سطح بالاتر اضطراب است. مقیاس اضطراب بالینی عبارات ساده ای دارد و اجراء نمره گذاری و تفسیر آن آسان است. عبارات های مقیاس اضطراب بالینی بر اساس ملاک های ابتلا به اختلال اضطراب مطرح شده در DSM-III انتخاب شده اند. نقطه برش مقیاس اضطراب بالینی امتیاز  $30 \pm 5$  در نظر گرفته شده است و نمره گذاری آن شبیه مقیاس های ارزیابی والمیر است. به طور کلی این ابزار برای سنجش اضطراب عمومی در موقعیت های بالینی مناسب است. برای به دست آوردن نمره آزمون، امتیاز همه ۲۵ عبارت را با هم جمع کرده، تعداد سوالات پاسخ داده شده را از

### نتایج

جدول ۱- آمار توصیفی مقیاس «نگرانی در مورد اشتباهات» در زنان با اضطراب بالینی مشهود

متغیر مورد بررسی	وضعیت آزمون	آزمودنی ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مقیاس «نگرانی در مورد اشتباهات»	پیش	گروه گواه	۱۲	۳۴.۳۳	۲.۲۷۰
	آزمون	گروه آزمایش	۱۲	۳۴.۰۸	۲.۴۲۹
	پس	گروه گواه	۱۲	۳۳.۸۳	۲.۶۵۷
	آزمون	گروه آزمایش	۱۲	۳۱.۲۵	۱.۷۱۲
مقیاس «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن»	پیش	گروه گواه	۱۲	۹.۰۰	۰.۴۶۱
	آزمون	گروه آزمایش	۱۲	۹.۲۵	۰.۵۷۱

پس	گروه گواه	۱۲	۹.۴۶	۸۸۳
آزمون	گروه آزمایش	۱۲	۱۰.۶۱	۱۰۴۴

بر اساس نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف، همه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش شامل نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و رابط ایمن دارای توزیع نرمال هستند. برای بررسی اثربخشی (مداخله درمانی کوتاه مدت راه حل محور) از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. در تحلیل‌های آماری چند متغیره، اطمینان از همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها، از آزمون «ام.باکس» استفاده می‌شود. آزمون «ام.باکس» قادر است به صورت هم زمان، اثر متقابل اندازه‌گیری‌ها را در نمونه آماری در بیش از یک متغیر، بررسی کرده گزارش نماید. برای همین منظور؛ برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها در مقیاس‌های نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در زنان با اضطراب بالینی مشهود، از روش آزمون

«ام. باکس» با دقت آلفای بیشتر از ۰/۰۵ استفاده شده است. نتایج آزمون «ام.باکس» برای بررسی همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌های مقیاس‌های نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در زنان با اضطراب بالینی مشهود را نشان می‌دهد. یافته‌های به دست آمده از آزمون «ام.باکس»، حاکی از آن است که، کوواریانس‌ها و واریانس‌های مقیاس‌های نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در زنان با اضطراب بالینی مشهود، دارای توزیع همگن است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها انجام شد که نتایج نشان داد واریانس‌ها و کوواریانس‌های نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن دارای توزیع همگن است.

## جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منبع واریانس	آزمون	مقدار آزمون F	Df فرضیه	Df خطا	P	Eta <sup>2</sup>
پیلایی		۶۰۶۰	۳	۱۷	.۰۰۵	.۵۱۷
مداخله درمانی کوتاه مدت راه حل محور (گروه آزمایش)	لامبدای ویلکز	۶۰۶۰	۳	۱۷	.۰۰۵	.۵۱۷
مداخله درمانی کوتاه مدت راه حل محور (گروه گواه)	هولتینگ ترانس بزرگترین ریشه‌روی	۱۰۶۹	۳	۱۷	.۰۰۵	.۵۱۷

بر اساس جدول ۲، نتایج آزمون «لامبدای ویلکز» برای متغیرهای نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در زنان با اضطراب بالینی مشهود، را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون لامبدای ویلکز، متغیرهای نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در زنان با

اضطراب بالینی مشهود در اثربخشی مداخله درمانی کوتاه مدت راه حل محور در زنان با اضطراب بالینی مشهود تأثیر معناداری دارد. بر اساس اتای به دست آمده، متغیرهای نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در زنان با اضطراب بالینی مشهود، بیش از ۵۱ درصد تأثیر نشان می‌دهد.

## جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در زنان با اضطراب

بالینی مشهود

منبع واریانس	متغیرها	مجموع مربعات	Df	میانگین مجذور	F	P	Eta <sup>2</sup>
مداخله درمانی کوتاه مدت مقیاس «نگرانی در مورد اشتباهات»	۳۳.۲۱۲	۱	۳۳.۲۱۲	۹.۶۰۸	.۰۰۱	.۴۵۱	
مداخله درمانی کوتاه مدت مقیاس «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن»	۳.۶۴۸	۱	۳.۶۴۸	۵.۵۲۲	.۰۳۰	.۲۲۵	

براساس نتایج جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در زنان با اضطراب بالینی مشهود را نشان می دهد. مداخله درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر نگرانی در مورد اشتباهات و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در زنان با اضطراب بالینی مشهود (در گروه آزمایش) موثر بوده است.

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر میزان نگرانی در مورد اشتباهات، و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن زنان با اضطراب بالینی مشهود بود. بین «نگرانی در مورد اشتباهات»، و «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» در زنان با اضطراب بالینی مشهود با مداخله درمانی کوتاه مدت راه حل محور تفاوت معناداری وجود داشته و همچنین تأثیر «نگرانی در مورد اشتباهات» و «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» در زنان با اضطراب بالینی مشهود، به میزان ۵۱ درصد، برآورد شده است. مطالعه برزگر و همکاران (۱۴)، با بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان، با نمونه ۳۲ نفر از کودکان و نوجوانانی دارای لکنت زبان که از نظر اضطراب اجتماعی در مرز بالینی قرار داشتند، نشان دادند که؛ میانگین اضطراب اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا کرده است. بنابراین، درمان کوتاه مدت راه حل محور در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان موثر بوده است.

مطالعه مهدی یار و همکاران (۱۵) نشان دادند که درمان عقلانی - عاطفی و درمان راه حل محور در کاهش نشانه های اضطراب اجتماعی تأثیر معناداری داشته است. پژوهش کیم، نینگرایی و مندهال (۴) نشان دادند که بزرگسالانی که دارای علائم شدید افسردگی ناشی از ویروس کرونا بودند و ادراک خطر بیشتری از این ویروس داشتند، در کودکی دچار انواع تروماها شده بودند. در واقع بین تروماهای دوران کودکی و بروز آشفتگی های روان شناختی در شرایط کرونایی رابطه معناداری وجود دارد. پژوهش وانگ، هی، چن و لین (۱۶) نشان دادند که بین تروماهای دوران کودکی و بروز افسردگی به عنوان یکی از جنبه های آشفتگی روان شناختی رابطه معناداری وجود دارد.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بین «نگرانی در مورد اشتباهات»، و «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» در زنان با اضطراب بالینی مشهود با مداخله درمانی کوتاه مدت راه حل محور [در طرح آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون]، تفاوت معناداری وجود داشته و همچنین تأثیر «نگرانی در مورد اشتباهات»، «شخصی سازی حوادث بد» و «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» در زنان با اضطراب بالینی مشهود، به میزان ۵۱ درصد، برآورد شده است. بنابراین یافته های مطالعه حاضر با یافته های برزگر و همکاران (۱۴)، مهدی یار و همکاران (۱۵)، کیم، نینگرایی و مندهال (۴)، وانگ، هی، چن و لین (۱۶)، در موضوع کاهش «نگرانی در مورد اشتباهات»، کاهش «شخصی سازی حوادث بد» و افزایش «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» زنان با اضطراب بالینی مشهود، دارای همسویی و همخوانی است.

دیگران، عزت نفس، قدرت، دلگرمی، ثبات هیجانی، بدنودی، علاقه اجتماعی، مهربانی، همدلی، فقدان تمایلات روان رنجوری و روان پریشی دارد. مزلو نیازهای انسان را در اصطلاحاتی از سلسله مراتب نیازها مطرح می کند. این نیازها بر اساس یک سلسله مراتب قرار دارند به این ترتیب که تا نیازهای پایین تر ارضا نشود به نیازهای بالاتر نمی رسد. مزلو توجه کرده که این نیازها در نتیجه کمبودها در زندگی شخص به وجود می آیند و رفتارها در تلاش برای پر کردن این نیازها هستند. زمانی که نیازهای فیزیولوژیک و جسمانی به طور نسبی ارضا شدند یک دسته از نیازهای تازه پدیدار می گردند که می توان آنها را به عنوان نیازهای ایمنی طبقه بندی نمود (۱۷).

احساس ایمنی، ارضای نیازهای بالاتر را امکان پذیر می سازد و شخص را به ظاهر شدن و یادگیری مهارت ها و تسلط بر می انگیزد، اگر امنیت تأمین نشود، شخص پیوسته می بایست بین اشتیاق به سلامت و ایمنی از یک سو و اشتیاق به رشد از سوی دیگر، میان استقلال و وابستگی، میان بازپس گرایی و فراگرایی، یکی را انتخاب کند. وقتی ایمنی آدمی در معرض خطر واقع گردد، شخص مجبور است به ارکان اساسی تری بازگشت نماید و این بدان معنا است که در انتخاب ایمنی و رشد، انتخاب ایمنی، غالب می شود و لذا نیاز به آن، بر نیاز به رشد، غلبه می کند (۱). مازلو، معتقد است که هر یک از نیازهای عاطفی، شناختی و بیانی یک ارزش به شمار می رود، این نکته همان قدر که در مورد عشق به حقیقت یا به یقین صدق می کند، درباره علاقه به ایمنی نیز صادق است. احساس ایمنی نه تنها انگیزه و محرک سودمندی نخواهد بود، بلکه استعداد فرد را در رو به روشن شدن و حل کردن مشکلات و خطرات نیز محدود می نماید. نابهنجاری های روانی و رفتاری در انسان هنگامی شروع می شود که احساس نا ایمنی بر وجود او حاکم گردد. این احساس، به شیوه های مختلف بر مناسبات آنها، سایرین و نحوه زندگی مختلف آنها تأثیر می گذارد. احساس نا ایمنی می تواند فرد درگیر را در فشار قرار دهد و مسائل و مشکلاتی را برای او ایجاد کند و حتی پیامدهای سوئی هم در بهداشت روانی فردی و ارتباطات اجتماعی او به ارمغان آورد. احساس نا ایمنی می تواند

احساس ایمنی، ارضای نیازهای بالاتر را امکان پذیر می سازد و شخص را به ظاهر شدن و یادگیری مهارت ها و تسلط بر می انگیزد، اگر امنیت تأمین نشود، شخص پیوسته می بایست بین اشتیاق به سلامت و ایمنی از یک سو و اشتیاق به رشد از سوی دیگر، میان استقلال و وابستگی، میان بازپس گرایی و فراگرایی، یکی را انتخاب کند. وقتی ایمنی آدمی در معرض خطر واقع گردد، شخص مجبور است به ارکان اساسی تری بازگشت نماید و این بدان معنا است که در انتخاب ایمنی و رشد، انتخاب ایمنی، غالب می شود و لذا نیاز به آن، بر نیاز به رشد، غلبه می کند (۱). احساس ایمنی نه تنها انگیزه و محرک سودمندی نخواهد بود، بلکه استعداد فرد را در رو به روشن شدن و حل کردن مشکلات و خطرات نیز محدود می نماید. نابهنجاری های روانی و رفتاری در انسان هنگامی شروع می شود که احساس نا ایمنی بر وجود او حاکم گردد. این احساس، به شیوه های مختلف بر مناسبات آنها، سایرین و نحوه زندگی مختلف آنها تأثیر می گذارد. احساس نا ایمنی می تواند فرد درگیر را در فشار قرار دهد و مسائل و مشکلاتی را برای او ایجاد کند و حتی پیامدهای سوئی هم در بهداشت روانی فردی و ارتباطات اجتماعی او به ارمغان آورد. احساس نا ایمنی می تواند زندگی، شغلی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی نمود پیدا کند و با متغیرهای سن، جنس، دین، تأهل، شغل، رشته تحصیلی، شدت یا کاهش یابد. احساس نا ایمنی را می توان در دوره های مختلف سنی مشاهده کرد. احساس امنیت برای سالم بودن جسمی و روانی انسان لازم و ضروری است، احساس عدم امنیت دائم، شخص را در حال بسیج قوا و به هم ریختگی سوخت و ساز بدن قرار می دهد و اگر ادامه یابد موجود را به سوی بیماری های جسمی و روانی سوق خواهد داد. زیرا ساختمان بدن انسان قدرت تحمل تنش دائمی را ندارد.

تأثیری که احساس نا ایمنی بر انسان دارد، ایجاد حالت تنش و برانگیختگی و عدم تعادل است. نگرانی، ترس، وحشت و اضطراب، تنش و عصبیت، جملگی از پیامدهای نا ایمنی هستند. فردی که نیازهای ایمنی او ارضا شده باشد همواره احساس دوستی و عشق، تعلق، آسودگی و راحتی، پذیرش خود و



از جنبه های مختلف زندگی، شغلی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی نمود پیدا کند و با متغیرهای سن، جنس، دین، تأهل، شغل، رشته تحصیلی، شدت یا کاهش یابد. احساس ناایمنی را می توان در دوره های مختلف سنی مشاهده کرد. احساس امنیت برای سالم بودن جسمی و روانی انسان لازم و ضروری است، احساس عدم امنیت دائم، شخص را در حال بسیج قوا و به هم ریختگی سوخت و ساز بدن قرار می دهد و اگر ادامه یابد موجود را به سوی بیماری های جسمی و روانی سوق خواهد داد. زیرا ساختمان بدن انسان قدرت تحمل تنش دائمی را ندارد. تأثیری که احساس ناایمنی بر انسان دارد، ایجاد حالت تنش و برانگیختگی و عدم تعادل است. نگرانی، ترس، وحشت و اضطراب، تنش و عصبیت، جملگی از پیامدهای ناایمنی هستند. زنان به عنوان مادر و همسر، سرمایه های ملی و نیروهای سازنده فردا، همواره مورد توجه خاص برنامه ریزان و سیاست گذاران جامعه بوده اند. اکثر این زنان در شرایطی خاصی قرار دارند و مشکلات زیادی در حوزه سلامت روان از قبیل افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، آنها را تهدید می کند. که در این میان داشتن افکار منفی و بدبینانه و ناامیدی نسبت به خود شایع هستند و خطر ابتلا به مسایل روانی مانند افسردگی بیش از پیش، سلامت آنها را تهدید می کند. جمعیت شایان توجهی از زنان نسبت به مشکلاتشان نگاهی مبالغه انگیز و آشفته کننده دارند و خودشان را به عنوان فردی می پندارند که هیچ کنترلی بر محیط و یارفتارهای مخرب خود ندارند (۱۸).

دشواری در انتخاب زنان مبتلا به اضطراب بالینی مشهود و بی علاقه گی اکثر شرکت کنندگان در پژوهش از محدودیت ها بوده، بنابراین در تعمیم یافته ها باید احتیاط شود. عدم اطلاع دقیق پژوهشگر از وضعیت روانی و سلامتی جسمی آزمودنی ها (خصوصاً زنان مبتلا به اضطراب بالینی مشهود غیر متمایل برای شرکت در مطالعه) این محدودیت در اختیار پژوهشگر نبوده و این اطلاعات در اختیار پژوهشگر نبوده است. عدم وجود فرصت کافی در جمع آوری پیشینه از دشواری های جدی این پژوهش بود. همچنین فرصت کافی برای همگن کردن آزمودنی ها نیز دشوار بود. بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. عدم همکاری مناسب آزمودنی ها در ادامه جریان پژوهش. برخی از پژوهشگران در ابتدا موافقت خود را در شرکت در پژوهش اعلام کرده، اما در ادامه، همکاری لازم را از دست دادند.

#### تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران می باشد." و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.CTB.REC.1403.102 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی می باشد.

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

#### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

#### References

- Gezer F, Ozkamali E. Predictors of Marital Satisfaction in Married Teachers: Tendency to Cheat and Interpersonal Cognitive Distortions. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 2023; 10(4): 976-986.
- Seah TS, Aurora P, Coifman KG. Emotion Differentiation as a Protective Factor Against the Behavioral Consequences of Rumination: A Conceptual Replication and Extension in the Context of Social Anxiety. *Behavior Therapy*, 2020; 51(1): 135-148.
- Newman MG, Przeworski A. The increase in interest in GAD: Commentary on Asmundson & Asmundson. *J Anxiety Disord*, 2018;56:11-13.
- Wooyoung Kim A, Nyengerai T, Mendenhall E. Evaluating the mental health impacts of the COVID-19 pandemic: perceived risk of COVID-19 infection and childhood trauma predict adult depressive symptoms in urban South Africa. *Psychol Med*, 2022 ; 52(8):1587-1599
- Topkaya N, Şahin E, Mehel F. Relationship-specific irrational beliefs and relationship satisfaction in intimate relationships. *Current Psychology*, 2023; 42(2): 1257-126

6. Brzezowski KM. A solution-focused grouped treatment approach for individuals maladaptively expressing anger. Ohio: Wright state university, 2012.
7. Silva JMMD, Lima MC, Ludermir AB. Intimate partner violence and maternal educational practice. *Rev Saude Publica*, 2017 ; 51:34.
8. De Sahzer S, Dolan YM, Korman H, Trepper TS, McCollum EE, Berg IK . more than miracles: The state of the art of solution focused therapy. New York: Haworth Press, 2006.
9. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 1990 ; 14(5): 449-468.
10. Lynd-Stevenson RM, Hearne CM. Perfectionism and depressive affect: the pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences*, 1999 ; 26: 549-562
11. Connor KM, Davidson JRT. Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety* , 2003 ;18: 76- 82.
12. Mohammadi M, Jazayeri AR, Rafie AH, Joukar B, Pourshahbaz A. resilience factors in individuals at risk for substance abuse. *journal of psychology*, 2006;1(2-3):203-224.
13. Tyrer P. *Anxiety: A Multidisciplinary Review*. Cassell, 1992.
14. Barzegar E, Boostanipoor A, Fotoohabady KH, Zohrei E , Ebrahimi SH. The Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy on Reduction Social Anxiety in Children and Adolescents with Stuttering. *Clinical Psychology and Counseling*,2019;9(2):76-92.
15. Mahdiyar M, Dadfarnia Sh, Hadianfard H, Rahimi Ch. Investigating the effectiveness of rational-emotional therapy and solution focused group therapy on social anxiety disorder in the students of Shiraz University. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 2019; 6 (3): 118-128 .
16. Binbin Wang, Jingyi Zhang, Chengqi Cao, Ling Xu, Mingyue Gao, Qin Zhang, Kunlin Zhang . The Relationship between Childhood Trauma and Depression in Early Adulthood: The Roles of Resilience and Personality Type. *Actas Esp Psiquiatr*, 2025 ; 53(2):292–303
17. Ercengiz M, Safalı S, Kaya A, et al. A hypothetic model for examining the relationship between happiness, forgiveness, emotional reactivity and emotional security. *Curr Psychol*, 2023 ;42:18355–18369 .
18. Lavasani et al. (2019). Investigating the relationship between self-esteem and stress with intimacy and communication skills among veterans' spouses, Master's thesis, Faculty of Management and Planning, Tarbiat Modares University.

*Original Article*

## The Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy on Concerns About Mistakes and Positive Acceptance of Change and Secure Relationships in Women with Clinical Anxiety

Received: 05/09/2024 - Accepted: 25/03/2025

Fatemeh Barazandeh<sup>1</sup>  
Mehryar Anasseri<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>M.A Clinical Psychology, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.  
(Corresponding author)

**Corresponding author:** Mehryar Anasseri, Assistant Professor, Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.

Email:  
dr.anasseri1969@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** The present study aimed to determine the effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on concerns about mistakes and positive acceptance of change and secure relationships in women with clinical anxiety.

**Methods:** This semi-experimental research employed a pretest-posttest design with two groups. The statistical population included all women with clinical anxiety in Tehran who sought psychological treatment at the "Gomshodeh Qet'e" Counseling and Psychotherapy Center in 2024. In this study, 28 women were selected through purposive non-random sampling and were randomly assigned to either the experimental group (14 participants) or the control group (14 participants). The experimental group participated in six 60-minute SFBT sessions, and ultimately, 12 participants successfully completed the intervention after attrition. The control group did not receive any intervention. It is important to note that, to equalize the number of participants in both groups, an equivalent number of participants from the control group were randomly removed to match the attrition in the experimental group. The study utilized the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS), the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and the Clinical Anxiety Scale (CAS) for data collection. The collected data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA).

**Results:** The results indicated a significant difference in post-test scores between the experimental and control groups, demonstrating that SFBT significantly improved concerns about mistakes and the positive acceptance of change and secure relationships in women with clinical anxiety.

**Keywords:** Solution-Focused Brief Therapy, Concerns About Mistakes, Positive Acceptance of Change and Secure Relationships, Women with Clinical Anxiety.