MEJDS. 2021; 11:176.

Published online 2021 Dec. **Original Article**

Effects of Solution-Focused Brief Therapy on Social Adjustment in Women With MS

*Towsyfyan N[1], Pazoki A[2], Yousefi N[3], Peyghami T[4], Momeni A[5]

Author Address
1. MA in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Dehkadeh Olympic, Tehran, Iran;
2. BA in Social Sciences, Social Services, Shahed University, Tehran, Iran;
3. MA in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
4. MA in Social Work, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
5. MSc in General Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran.
***Corresponding author's email:** Towsifian.negin@gmail.com

Received: 2018 February 20; **Accepted:** 2019 November 4

Abstract

Background & Objectives: Multiple Sclerosis (MS) is a central nervous system disease that affects the quality of life and biopsychological wellbeing of the individual. A critical factor that exacerbates MS illness is stress induced by life events. This disease threatens the individual's independence and ability to participate in the family and community effectively and leads patients to lack competence and self-confidence. A determining variable in the mental health of patients with MS is Social Adjustment (SA). SA-related problems can affect individual and social commitments and complicate individual and social health. An intervention with a therapeutic philosophy based on creating and maintaining appropriate solutions is Solution-Focused Brief Therapy (SFBT). The effectiveness of this intervention on improving the social adjustment of women with MS has not been well studied in previous research. Thus, this study aimed to investigate the effects of SFBT on SA levels in women with MS.

Methods: This was a quasi-experimental study with pretest-posttest and a control group design. The statistical population of this study included all women with MS in Bukan City, Iran, in 2017; a complete list of these individuals was available in the MS Society of Bukan County. The total number of this group equaled 236 who were examined by the Social Adjustment Scale (at pretest and posttest) (Weissman & Paykel, 1974). Accordingly, 40 subjects whose SA score was less than the other participants' score and met the research's inclusion criteria were randomly assigned to the control and test groups (n=20/group). The inclusion criteria had a concurrent illness, receiving other psychological therapies, and consent to attend meetings. The exclusion criteria included the presence of concurrent illnesses and a complete absence from meetings. The experimental group received seven 90-minute SFBT sessions. Furthermore, descriptive statistics, including mean and standard deviation, and inferential statistics, including Independent Samples t-test, Chi-squared test (to compare the demographic characteristics of the two groups), and Analysis of Covariance (ANCOVA) was used to analyze the obtained data in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The present research results indicated that after adjusting the effect of the pretest, there was a significant difference between the experimental and control groups respecting the mean scores of SA as well as its subscales, including daily activities, social and extracurricular activities, marital relationships, parental relationships and family relationships at posttest (p<0.001); however, in the subscales of relationships with relatives (p=0.081) and economic status (p=0.181) there was no significant difference between the mean scores of pretest and posttest stages.

Conclusion: Based on the collected findings, SFBT effectively promoted SA in female patients with MS. Accordingly, it is recommended that psychologists, counselors, social workers, and rehabilitation assistants implement SFBT for managing these patients.

Keywords: Solution-Focused brief therapy, Social adjustment, Multiple Sclerosis (MS), Women.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۷۶.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی مداخلهٔ راه‌حل‌مدار بر بهبود میزان سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به اماس

*نگین توصیفیان[۱]، عطیه پازوکی[۲]، نوید یوسفی[۱]، طاهر پیغامی[۳]، آریا مؤمنی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانش‌آموختهٔ کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۲. کارشناسی علوم اجتماعی گرایش خدمات اجتماعی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛

۳. دانش‌آموختهٔ کارشناسی‌ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی ، تهران، ایران؛

۴. دانش‌آموختهٔ کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Towsifian.negin@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱اسفند۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳آبان۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: به‌دلیل نقش پراهمیت فاکتورهای روانی و اجتماعی بر بهبود روند بیماری اماس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخلهٔ راه‌حل‌مدار بر بهبود میزان سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به اماس انجام پذیرفت.

روش‌بررسی: روش این مطالعه، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اماس شهرستان بوکان در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که لیست کامل آن‌ها در انجمن اماس شهرستان بوکان وجود داشت. تعداد این افراد برابر با ۲۳۶ نفر بود که با پرسش‌نامهٔ استاندارد سازگاری اجتماعی (ویزمن و پی‌کل، ۱۹۷۴) بررسی شدند. بعد از این مرحله از میان شرکت‌کننده‌ها، چهل نفر از افراد با سازگاری اجتماعی کمتر و دارای معیارهای ورود به پژوهش، به‌صورت تصادفی در گروه گواه و گروه آزمایش قرار گرفتند (هر گروه بیست نفر). صرفاً افراد گروه آزمایش به‌مدت هفت جلسهٔ یک‌ونیم‌ساعته، درمان راه‌حل‌مدار به‌شیوهٔ گروهی را دریافت کردند. برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در گروه‌ها نیز پرسش‌نامهٔ مذکور سازگاری اجتماعی اجرا شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و همچنین آزمون تی دو گروه مستقل و آزمون مجذور خی در نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بعد از تعدیل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه در میانگین نمرات سازگاری اجتماعی و همچنین در خرده‌مقیاس‌های آن شامل فعالیت روزمره، فعالیت اجتماعی و فوق‌برنامه، روابط زناشویی، روابط والدینی و روابط خانوادگی، در پس‌آزمون به‌دست آمد (p<۰/۰۰۱)؛ اما در خرده‌مقیاس‌های روابط با خویشاوندان (p=۰/۰۸۱) و وضعیت اقتصادی (p=۰/۱۸۱) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که مداخلهٔ راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت در ارتقای سازگاری اجتماعی بیماران زن مبتلا به اماس مؤثر است. بر این اساس به روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی و توان‌بخشی توصیه می‌شود در کار با این بیماران از مداخلهٔ راه‌حل‌مدار سود جویند.

کلیدواژه‌ها: مداخلهٔ راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت، سازگاری اجتماعی، مولتیپل‌اسکلروزیس، زنان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

۱ مقدمه

بیماری اماس[1] (MS)، بیماری مزمن و پیش‌رونده‌ای است که با ضعف در سیستم عصبی مرکزی (CNS) همراه است و موجب ایجاد ضایعات کانونی در مادهٔ خاکستری و سفید مغز و انتشار عصبی در داخل مغز می‌شود (۱). در حال حاضر بیش از ۱/۳ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند (۲). آمار مبتلایان در ایالات متحده بیش از ۴۰۰ هزار نفر و شیوع بیماری بین ۲ تا ۲۵۰ در ۱۰۰ هزار نفر است (۳). شیوع بیماری در ایران، طبق آمار ثبت‌شده در سازمان جهانی بهداشت[2] ۲۰ تا ۶۰ در ۱۰۰ هزار نفر و میزان ابتلا در زنان ۳ تا ۴ برابر مردان است (۴).

بیماری اماس علاوه‌بر مشکلات جسمانی که برای بیمار به‌وجود می‌آورد، سبب‌ساز مشکلات روان‌شناختی متعددی نیز می‌شود که این مشکلات نوعی واکنش به بیماری است (۵). همچنین بسیاری از این مشکلات و استرس‌ها از اختلافات خانوادگی و ازدست‌دادن شغل و طلاق ناشی می‌شود که از بیماری اماس تأثیر پذیرفته است (۵). اضطراب و افسردگی ازجمله اختلالات روانی عمده در بیماران مبتلا به اماس به‌شمار می‌رود. در زمینهٔ علل مشکلات روان‌شناختی در بیماران اماس عوامل ترکیبی روانی و عصب‌شناختی طرح می‌شود (۶). یکی از متغیرهای پراهمیت مطرح در سلامت روان بیماران مبتلا به اماس، پدیدهٔ سازگاری اجتماعی است. سازگاری اجتماعی به‌معنای سازش شخص با محیط اجتماعی است که این سازگاری می‌تواند به‌وسیلهٔ وفق‌دادن خود با محیط یا تغییر محیط اطراف برای رفع نیازها و رسیدن به مطلوب ایجاد شود. شرط بقای زندگی انسان جنبهٔ اجتماعی آن است. رشد اجتماعی افراد در تعامل با دیگران و پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی شکل می‌گیرد (۷). مشکلات سازگاری اجتماعی می‌تواند روی تعهدات فردی و اجتماعی تأثیر بگذارد و موجب ایجاد مشکلاتی در سلامت فردی و اجتماعی شود. زمانی که روابط اجتماعی گسسته می‌شود، توانایی تنظیم و مدیریت رفتار نیز از بین می‌رود. کمبود یا نبود روابط اجتماعی که درنتیجهٔ سازگاری اجتماعی نامطلوب رخ می‌دهد، می‌تواند روی انگیزه و سلامت روان فرد تأثیر منفی بگذارد (۸) و موجب عملکرد روانی ضعیف مانند احساس گناه، خودپندارهٔ منفی، ناامیدی، عزت‌نفس ضعیف، انزوا و رضایت‌مندی کم از زندگی و گرایش به رفتارهای پرخطر و خودشکن شود (۹). بر همین اساس و با درنظرداشتن اهمیت سازگاری اجتماعی در سلامت روان، به نظر می‌رسد، توجه به این فاکتور و بررسی مداخلات اثربخش در ارتقای آن امری اساسی است.

مک‌کاب و همکاران طی پژوهشی نتیجه گرفتند، در بیماران مبتلا به اماس مهارت‌های سازگاری، مهارت‌های حل مسئله و جست‌وجوی حمایت اجتماعی که همگی در سازگاری اجتماعی واجد اهمیت است، مختل می‌شود؛ ازاین‌رو به پژوهشگران پیشنهاد کردند، مداخلات متمرکز بر ایجاد راه‌حل‌های متناسب و استراتژی‌های راه‌حل‌محور را در ارتباط با بهبود سازگاری اجتماعی این بیماران به‌کار گیرند و اثربخشی آن‌ها را مطالعه کنند (۱۰). در این راستا مطالعاتی در زمینهٔ اثربخشی مداخلات متعدد بر بهبود سازگاری اجتماعی انجام شده است؛ ازجمله درمان شناختی و رفتاری[3] (۱۱)، آموزش مهارت‌های اجتماعی[4] (۱۲) و آموزش مهارت‌های تفکر مثبت[5] (۱۳).

یکی از مداخلات با فلسفهٔ درمانی متکی بر ایجاد و نگهداری راه‌حل‌های متناسب، مداخلهٔ راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت[6] است (۱۴). درمانگران راه‌حل‌مدار به مُراجعان کمک می‌کنند تا این دید متفاوت را دربارهٔ آینده در خود شکل دهند که مشکلات در آن حل‌شدنی است و می‌توانند لحظات استثنایی را که به‌صورت مطلوب و بدون مشکل تجربه کرده‌اند، کشف و تقویت کنند؛ همچنین بتوانند نقاط قوت و منابع حمایتی خاص خود را مشخص کنند و تعریفی نو و مختص به خود را از اهداف، استراتژی‌ها، نقاط قوت و منابع حمایتی خویش بیابند (۱۴). به‌عبارتی این مداخله بر زمان حال تأکید دارد و بر این باور مبتنی است که تغییر در همهٔ اوقات رخ می‌دهد و درمانگران به‌طور کاملی انتخاب و خودانگیختگی بیماران را تقویت می‌کنند (۱۵). در طول جلسات راه‌حل‌مدار به‌جای تمرکز بر ریشهٔ مشکلات، الگوهای فکری و نحوهٔ شکل‌گیری آن به راه‌حل‌های ممکن برای حل مسئله در زمان حال توجه می‌شود (۱۶). تفکر درمان راه‌حل‌مدار کاملاً متضاد با روش مشکل‌مدار و مسئله‌مدار است. در رویکرد مشکل‌مدار فرض بر این است که صرفاً با شناسایی و تشخیص ریشه‌های شکل‌گیری یک مشکل و به‌عبارتی فهم تاریخچهٔ مشکل، مسیر برای حل مؤثر آن مسئله هموار می‌شود. درمقابل، درمان راه‌حل‌مدار به‌جای تأکید بر کشف و بررسی سبب‌شناسی موضوعات، توجه به راه‌حل‌های ممکن برای حل مسئله را مهم‌تر و اساسی‌تر در نظر می‌گیرد و به‌طور مستقیم بر این مسئله تمرکز می‌کند که تغییر راه‌حل‌های مناسب سیکل معیوب شکست و درماندگی را قطع کرده و درمانجو را از تفکر به ضعف و ناتوانی‌های خود دور می‌کند و وی را بر توانمندی‌هایش متمرکز می‌کند (۱۷). حسین‌پور و همکاران (۱۸) و صفرپور و همکاران (۱۹) طی پژوهش‌هایی اثربخشی مداخلهٔ راه‌حل‌مدار را بر بهبود مشکلات سازگاری دانشجویان دختر بررسی کردند و نشان دادند، این مداخله در ارتقای سازگاری اجتماعی دانشجویان از قابلیت عملی زیادی برخوردار است؛ اما میزان اثربخشی این مداخله بر بهبود سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به اماس در تحقیقات پیشین به‌خوبی بررسی نشده است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخلهٔ راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر بهبود سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به اماس انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش تحقیق این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اماس شهرستان بوکان در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که لیست کامل آن‌ها در انجمن اماس شهرستان بوکان وجود داشت. تعداد این افراد برابر با ۲۳۶ نفر بود که با مقیاس استاندارد سازگاری اجتماعی[7] (۲۰)

[1]. Multiple Sclerosis
[2]. World Health Organization
[3]. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
[4]. Social Skills Training
[5]. Positive thinking skills
[6]. Solution-Focused Brief Therapy (SFBT)
[7]. Social Adjustment Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

بررسی شدند. بعد از این مرحله، از میان شرکت‌کننده‌ها، چهل نفر از افراد با سازگاری اجتماعی کمتر و دارای معیارهای ورود به پژوهش، به‌صورت تصادفی در گروه گواه (بیست نفر) و گروه آزمایش (بیست نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: مبتلانبودن به بیماری هم‌زمان؛ قرارنداشتن این افراد تحت درمان‌های روان‌شناختی دیگر؛ تمایل برای شرکت در جلسات. معیارهای خروج شامل وجود بیماری هم‌زمان و شرکت‌نکردن کامل در جلسات بود. قبل از اجرای پژوهش اطلاعات لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و آزمودنی‌ها با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند؛ همچنین پس از پایان پژوهش به‌منظور رعایت موازین اخلاقی این دوره مداخله‌ای برای آزمودنی‌های گروه گواه انجام شد.

ابزار و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس سازگاری اجتماعی: به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس استاندارد سازگاری اجتماعی ویزمن و پی‌کل در سال ۱۹۷۴ استفاده شد (۲۰). این مقیاس عملکرد و سازگاری اجتماعی را در هفت حیطهٔ مجزا و در طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای بررسی می‌کند. حیطه‌های بررسی‌شده در این پژوهش شامل سازگاری در فعالیت‌های اجتماعی و فوق‌برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی و وضعیت اقتصادی است. در این پرسش‌نامه برای روابط کاری دانشجویان، خانم‌های خانه‌دار و افراد استخدام‌شده سؤالات جداگانه‌ای وجود دارد؛ بنابراین مقیاس شامل ۵۴ سؤال نهایی است که پاسخ‌دهندگان بنابر شرایط خود به ۴۲ سؤال آن پاسخ می‌دهند. برای نمره‌گذاری این مقیاس از دو روش استفاده می‌شود: روش اول محاسبهٔ نمرهٔ میانگین است. در این روش برای به‌دست‌آوردن نمرهٔ میانگین برای هر بخش (مانند روابط خویشاوندی، اوقات فراغت و...) نمرهٔ همهٔ عبارات مربوط به زیرمقیاس مدنظر باهم جمع شده و بر تعداد کل عبارات مربوط به آن زیرمقیاس تقسیم می‌شود؛ روش دوم، روش محاسبهٔ نمرهٔ کل است. برای به‌دست‌آوردن نمرهٔ کل پرسشنامه، نمرهٔ همهٔ سؤالات باهم جمع شده و بر تعداد سؤالات پاسخ‌داده‌شده توسط آزمودنی، تقسیم می‌شود. نمرهٔ بیشتر در هر زیرمقیاس بیانگر سازگاری اجتماعی کم آزمودنی در حیطهٔ مدنظر است. نمرهٔ بیشتر کلی نیز نشان می‌دهد که آزمودنی سازگاری اجتماعی نامطلوبی دارد (۲۰). پایایی پرسش‌نامه در نسخهٔ اصلی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۴۸ و با روش بازآزمایی ۰/۸۳ گزارش شد. این پرسش‌نامه به‌خوبی توانست افراد بیمار و غیربیمار را متمایز سازد (۲۱). ویزمن و پی‌کل همبستگی بین این مقیاس و دیگر مقیاس‌های سلامت روان را گزارش کردند که تأییدکنندهٔ روایی پرسش‌نامه است (۲۰). پایایی پرسش‌نامه در پژوهش اسدزاده و همکاران با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به‌دست آمد (۲۲).

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای جلسات مداخلهٔ راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت

جلسات	موضوع	توصیف
اول	پذیرش و آشنایی و معرفی اهداف و قوانین گروه	آشنایی اعضای گروه و روان‌شناس، درخواست از اعضا برای بیان‌کردن اهدافشان از درمان به‌وسیلهٔ عبارات و واژه‌های مثبت و قابل دستیابی و عملیاتی؛ به‌عنوان مثال نتیجه‌ای که از این درمان می‌خواهید بگیرید چیست، به‌جای مشکلات چه چیزی را می‌خواهید جایگزین کنید، پس از رسیدن به این اهداف چه تغییراتی در زندگی شما ایجاد می‌شود؛ فرمول‌بندی اهداف و جمع‌بندی آن.
دوم	ارائهٔ فن موارد استثنا و پرسش معجزه	ارائهٔ فن موارد استثنایی، فن سؤال معجزه، ارائهٔ ملاک‌های ایجاد اهداف مؤثر در طی گفت‌وگوهای اعضای گروه به فراخور بحث مُراجعان، درخواست از اعضا برای مشخص‌کردن چند تکلیف و راه‌حل براساس ملاک‌های مطرح‌شده و اعلام آن به گروه. تشویق اعضا به دادن بازخورد دربارهٔ راه‌حل‌های دیگران.
سوم	بررسی معیارهای راه‌حل مثبت و عملیاتی	چهار رهنمود مطرح‌شده برای انتخاب راه‌حل‌ها (بحث به‌صورت گروهی دربارهٔ هر کدام از این مسائل) ـ اگر راه‌حل مؤثر است آن را ثابت نگه دارید و به دفعات بیشتری آن را انجام دهید؛ ـ اگر اندکی مؤثر است تصمیم بگیرید بیشتر روی آن کار کنید؛ ـ اگر به نظرتان هیچ راه‌حلی مؤثر نیست معجزه‌هایی را تجسم و آزمایش کنید؛ ـ تصمیم بگیرید با هرجلسه به‌عنوان آخرین جلسه برخورد کنید، تغییر حالا شروع می‌شود نه هفتهٔ بعد.
چهارم	بررسی نحوهٔ پیشرفت و دستیابی به اهداف انتخاب‌شده	تشویق مُراجع به درجه‌بندی میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده‌اش با نمره‌ای بین صفر تا ده (ده منعکس‌کنندهٔ بیشترین میزان دستیابی).
پنجم	تصحیح خطاهای شناختی و اجرایی در رابطه با راه‌حل‌ها	تصحیح اشکالات توسط خود اعضای گروه.
ششم	بررسی چگونگی انتقال آموخته‌ها به بیرون از فضای گروه	بررسی تکالیف و بازخورد چگونگی انجام این تصحیحات بعد از اتمام جلسات درمان با هدف‌گذاری خودانگیختهٔ خود مُراجع، جهت‌دهی تعمیم دستاوردهای جلسات به سایر موقعیت‌ها.
هفتم	مرور آموخته‌های جلسات و بحث گروهی، انجام پس‌آزمون	کشف دقیق میزان پیشرفت اعضا و پرسیدن روانشناس از استثنائاتی که در طول درمان به وجود آمده است و تأکید بر اینکه این راه‌حل‌ها را خود مراجع به دست آورده است و در آینده نیز توانایی آن را خواهد داشت، پرسیدن احساس و نظرات مُراجعان دربارهٔ اتمام درمان و ارزیابی آن‌ها از جلسات، انجام پس‌آزمون.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

ـ درمان راه‌حل‌مدار: افراد گروه آزمایش به‌مدت هفت جلسهٔ یک‌ونیم‌ساعته، درمان راه‌حل‌مدار به‌شیوهٔ گروهی را دریافت کردند. محتوای مداخلهٔ درمان راه‌حل‌مدار اقتباسی از پژوهش‌های مختلف در این حوزه با تمرکز بر مطالعاتی (۲۳) است که به‌طور خلاصه ایجاد راه‌حلی مثبت و منطقی با موضع متمرکز، بررسی راه‌حل‌های مثبت قبلی، جست‌وجوی استثنائات، پرسیدن سؤال درمقابل دستور یا تفسیر و سؤالات حال و آینده‌محور درمقابل سؤالات گذشته‌محور را شامل می‌شود. محتوای جلسات به‌طور خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش به‌منظور تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین در بخش آمار استنباطی، از آزمون تی دو گروه مستقل و آزمون مجذور خی به‌منظور مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های دو گروه و همچنین از روش تحلیل کوواریانس و پیش‌فرض‌های آن استفاده شد. تحلیل‌ها در نرم‌افزار SPSSانجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در این بخش ابتدا به توصیف ویژگی‌های توصیفی نمونهٔ آماری پژوهش پرداخته شده است. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشاهده می‌شود.

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک افراد مطالعه‌شده

متغیر		گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار p
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن (سال)		۳۵/۹	۱۱/۸	۳۶/۲	۱۲/۴	۰/۱۲۰
مدت ابتلا (سال)		۵/۸	۲/۶۷	۵/۱۱	۲/۵۳	۰/۲۱۱
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
شغل	آزاد	۳	۰/۱۵	۳	۰/۱۵	۰/۹۷۲
	کارمند	۵	۰/۲۵	۴	۰/۲۰	
	دانشجو	۴	۰/۲۰	۵	۰/۲۵	
	خانه‌دار	۵	۰/۲۵	۶	۰/۳۰	
	بیکار	۳	۰/۱۵	۲	۰/۱۰	

در جدول ۲ ویژگی‌های فردی اشخاص مطالعه‌شده به‌تفکیک گروه گواه و گروه آزمایش نشان داده شده است. به‌منظور مقایسهٔ تفاوت میانگین سنی و مدت ابتلا به بیماری در آزمودنی‌های دو گروه از آزمون تی دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج حاصل از این مقایسه مشخص کرد، از نظر میانگین سنی (p=۰/۱۲۰) و مدت ابتلا به بیماری (p=۰/۲۱۱) میان گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین فراوانی افراد برحسب شغل به‌تفکیک گروه گواه و گروه آزمایش در جدول ۲ مشاهده می‌شود. در این قسمت نیز فراوانی دو گروه به‌لحاظ جایگاه شغلی در سطح یکسانی قرار داشت که این تفاوت ازطریق آزمون خی‌دو ارزیابی شد. نتایج نشان‌دهندهٔ نبود تفاوت معنادار بین نوع شغل دو گروه بود (p=۰/۹۷۲).

در بررسی فرضیات تحقیق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. این آزمون مستلزم چند پیش‌فرض است که هرکدام از این پیش‌فرض‌ها محقق شد. مقدار احتمال حاصل از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای هر دو مرحله و در هریک از گروه‌ها بیش از ۰/۰۵ بود که توزیع نرمال داده‌ها را نشان داد. همچنین به‌منظور بررسی همگونی واریانس از آزمون لون استفاده شد. مقدار احتمال حاصل از آزمون لون نیز در هر دو مرحله و در هریک از گروه‌ها بیش از ۰/۰۵ بود که نشان از توزیع نرمال داده‌ها داشت. در بررسی پایایی پیش‌آزمون از آمارهٔ آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار آلفا برابر با ۰/۸۹ به‌دست آمد که حاکی‌از پایایی پیش‌آزمون بود. همچنین برای بررسی همگونی شیب رگرسیونی از شاخص آماری F تعامل بین پیش‌آزمون و متغیر مستقل در دو گروه استفاده شد. مقدار احتمال حاصل از شاخص F نیز در هر دو مرحله و در هریک از گروه‌ها بیش از ۰/۰۵ بود که نشان از توزیع نرمال داده‌ها داشت. به این ترتیب تمامی شروط بررسی‌شده برای استفاده از کوواریانس برقرار بود. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ آورده شده است.

باتوجه به جدول ۳، بعد از تعدیل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه در میانگین نمرات سازگاری اجتماعی و همچنین در خرده‌مقیاس‌های آن شامل فعالیت روزمره، فعالیت اجتماعی و فوق‌برنامه، روابط زناشویی، روابط والدینی و روابط خانوادگی در پس‌آزمون به‌دست آمد (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، مداخلهٔ راه‌حل‌مدار بر بهبود سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به اماس مؤثر بوده است؛ اما در بررسی خرده‌مقیاس‌ها ملاحظه می‌شود، در روابط با خویشاوندان (p=۰/۰۸۱) و وضعیت اقتصادی (p=۰/۱۸۱) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود نداشت و نمی‌توان اثر دورهٔ مداخلهٔ راه‌حل‌مدار را بر این دو شاخص مؤثر تلقی کرد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی مداخلهٔ راه‌حل‌مدار بر سازگاری اجتماعی بیماران مبتلایان به اماس

متغیر	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	اندازهٔ اثر (مجذور اتا)
سازگاری اجتماعی	آزمایش	۶۳/۵۳	۲۲/۸۰	۴۹/۴۸	۱۸/۵۲	۶۸/۲۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۶
	گواه	۶۴/۲۸	۲۵/۰۳	۶۴/۶۱	۲۱/۱۹			
فعالیت روزمره	آزمایش	۱۱/۲۱	۴/۲۵	۸/۸۷	۳/۹۴	۲۱/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۶
	گواه	۱۰/۸۷	۴/۴۴	۱۱/۰۶	۴/۱۲			
فعالیت اجتماعی و فوق‌برنامه	آزمایش	۲۴/۰۵	۹/۷۶	۲۰/۳	۸/۸۷	۳۵/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۹
	گواه	۲۵/۵۲	۹/۶۴	۲۶/۰۲	۱۰/۲۷			
روابط با خویشاوندان	آزمایش	۱۴/۶۸	۳/۵۹	۱۳/۱۹	۲/۹۸	۲/۱۷	۰/۰۸۱	۰/۲۰۷
	گواه	۱۴/۶۱	۴/۱۷	۱۵/۰۳	۴/۵۸			
روابط زناشویی	آزمایش	۲۰/۴۳	۸/۲۶	۱۴/۲۸	۴/۹۱	۲۴/۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۷
	گواه	۲۱/۵۸	۹/۴	۲۰/۵۵	۶/۲۷			
روابط والدینی	آزمایش	۹/۲۴	۳/۸۷	۶/۴۹	۲/۸۸	۱۷/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۵
	گواه	۹/۱۲	۳/۶۴	۱۰/۰۸	۳/۲۴			
روابط خانوادگی	آزمایش	۴/۸۲	۱/۱۹	۳/۳۷	۱/۸۳	۱۲/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۱
	گواه	۵/۱۲	۲/۰۸	۴/۷۵	۲/۱۳			
وضعیت اقتصادی	آزمایش	۳/۱۵	۱/۶۴	۳/۲۸	۱/۹۸	۱/۳۸	۰/۱۸۱	۰/۱۸۳
	گواه	۲/۹۸	۱/۳	۳/۱۴	۱/۵۷			

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش مداخلهٔ راه‌حل‌مدار بر بهبود میزان سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به اماس صورت گرفت. یافته‌های پژوهش حاکی‌از آن بود که مداخلهٔ راه‌حل‌مدار بر بهبود سازگاری اجتماعی این بیماران اثربخش بود. یافته‌های پژوهش حاضر درخصوص اثربخشی مداخلهٔ راه‌حل‌مدار بر بهبود سازگاری اجتماعی با یافته‌های مطالعات حسین‌پور و همکاران (۱۸) و صفرپور و همکاران (۱۹) همسوست. همچنین همسو با مطالعهٔ مک‌کاب و همکاران (۱۰) می‌توان گفت، به‌دلیل تخریب کارکرد مهارت‌ها و توانمندی‌های سازگاری در بیماران مبتلا به اماس، مداخلات متمرکز بر ارائهٔ راه‌حل‌ها و حل مسئله اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، مداخلهٔ راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت در این راستا اثربخشی دارد.

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، در درمان راه‌حل‌مدار، درمانگران از نقاط قوت مُراجعان و منابع، کلمات و عقاید آن‌ها استفاده می‌کنند (۱۵)؛ بنابراین این ویژگی‌ها می‌تواند به مُراجعان کمک کند تا روش‌های مناسب‌تر سازگاری را ازطریق افزایش توانایی حل مسئله و با افزایش خودانگیختگی و صلاحیت‌های خود تحقق بخشند. در این خصوص، وجود بیماری ناتوان‌کننده‌ای همچون اماس بر احساس توانمندی و کارایی فرد تأثیر منفی می‌گذارد و با تقویت احساس ضعف و ناتوانی در حل مسئله سازگاری فرد را مختل می‌کند؛ بنابراین مداخلهٔ راه‌حل‌مدار به این صورت توانست مؤثر واقع شود که با تمرکز بر راه‌حل‌های مناسب سیکل معیوب شکست و درماندگی را قطع کرده و درمانجو را از تفکر به ضعف و ناتوانی‌های خود دور کند و وی را بر توانمندی‌هایش متمرکز کند (۱۷). درنهایت ازآنجاکه تفکر مشکل‌محور به چرخه‌ای منفی منجر خواهد شد که با نشخوار فکری دربارهٔ مشکلات و کشف‌نشدن راه‌حل‌های مناسب مشکل تشدید می‌شود و فرد را در چرخه‌ای مداوم از ناامیدی گرفتار می‌کند، درمقابل پردازش شناختی که مبتنی‌بر تفکری راه‌حل‌محور می‌باشد، تمرکز بیش‌ازحدی بر مشکلات و علل آن‌ها نخواهد داشت؛ درعوض این پردازش شناختی بخش عظیمی از انرژی فرد را برای کشف راه‌حل‌های مناسب و استفادهٔ مناسب از منابع شناختی حفظ می‌کند و به یافتن مهارت‌های مؤثرتر حل مسئله و مهارت‌های چندگانه می‌انجامد؛ این مسئله پتانسیل عمل فراوانی را برای مُراجع به‌وجود می‌آورد. یکی از این پتانسیل‌ها که در مناطق کُردنشین نقش برجسته‌تری ایفا می‌کند، میزان دریافت حمایت‌های اجتماعی از اطرافیان است و ازطریق به‌کارگیری این راه‌حل‌ها تقویت می‌شود؛ این مسئله‌ای بود که در جلسات گروه آزمایش بارها به آن اشاره شد؛ بنابراین انتظار می‌رود، سبک تفکر راه‌حل‌محور با بهزیستی روان‌شناختی و اثرات مطلوب روان‌شناختی و سازگاری روانی و اجتماعی بهتر همراه باشد. دلیل عمدهٔ این مسئله می‌تواند بازتاب تفکر دربارهٔ راه‌حل‌های موجود باشد؛ به‌گونه‌ای‌که رسیدن به هریک از اهداف راه‌حل‌های مختلفی را در اختیار فرد قرار می‌دهد و به ایجاد راه‌حل‌های جدید در برخورد با مسائل می‌انجامد (۲۴). در همین راستا باید گفت تکنیک‌های ارائه‌شده در جلسات مداخله توانست تمرکز را از مشکل و بیماری اماس به‌سمت راه‌حل‌های سازگاری و حل مسائل تغییر جهت دهد و با به‌کارگیری

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

تکنیک‌هایی همچون لحظات استثنا و سؤال معجزه و تعیین اهداف عینی، عملیاتی و دردسترس، فرد را متوجه توانمندی‌ها و پتانسیل‌های خویش درجهت حل مسائل کند.

ضمن درنظرداشتن یافته‌های مذکور باید گفت، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. بر همین اساس لازم است تعمیم نتایج با احتیاط صورت پذیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد، پژوهش صرفاً بر زنان مبتلا به اماس صورت گرفت و نیز به‌علت محدودیت زمانی دورهٔ پیگیری انجام نشد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر به روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی توصیه می‌شود درکار با زنان مبتلا به اماس و برای بهبود سازگاری اجتماعی این افراد از مداخلهٔ راه‌حل‌مدار بهره جویند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش حاضر، نتیجه گرفته می‌شود مداخلهٔ راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت به‌واسطهٔ مکانیزم‌هایی که آموزش می‌دهد، در بهبود سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به اماس مؤثر است.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

قبل از اجرای پژوهش اطلاعات لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و آزمودنی‌ها با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند؛ همچنین پس از پایان پژوهش به‌منظور رعایت موازین اخلاقی این دوره مداخله‌ای برای آزمودنی‌های گروه گواه انجام شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

References

1. Lassmann H. Multiple sclerosis pathology. Cold Spring Harb Perspect Med. 2018;8(3):a028936. https://doi.org/10.1101/cshperspect.a028936
2. World Health Organization & Multiple Sclerosis International Federation. Atlas: multiple sclerosis resources in the world 2008. World Health Organization; 2008.
3. Moore LA. Intimacy and multiple sclerosis. Nurs Clin North Am. 2007;42(4):605–19. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.07.007
4. Tavsifian N, Qaderi Bagajan K, Mahmoodi A, Khaledian M. Structural modeling of early maladaptive schemas and executive functions of people diagnosed with MS emphasizing on the role of the sense of loneliness factor. Neuropsychology. 2017;3(3):93–108. [Persian] https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article_4372.html?lang=en
5. Mohr DC, Pelletier D. A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis. Brain Behav Immun. 2006;20(1):27–36. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2005.03.011
6. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. Psychiat Clin North Am. 2007;30(4):803–17. https://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2007.07.003
7. Torabi F, Mandomi S, Geramizadeh Shirazi N. Comparison of social adjustment of fathers with intellectually disabled children and fathers with normal children. J Except Educ. 2015;6(134):22–9. [Persian] http://exceptionaleducation.ir/article-1-443-en.html
8. George IN, Ukpong DE. Adolescents' sex differential social adjustment problems and academic performance of junior secondary school students in Uyo Metropolitan City. International Journal of Business and Social Science. 2012;3(19):245–51.
9. Emerson E, Llewellyn G. The mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. Aust N Z J Public Health. 2008;32(1):53–9. https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00166.x
10. McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. J Psychosom Res. 2004;56(3):355–61. https://doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00132-6
11. Al-Mseidin KI, Omar-Fauzee M, Kaur A. The effectiveness of cognitive behaviour therapy on social adjustment among low achievement female students in Jordan. International Journal of Advanced Education and Research. 2017;2(4):216–22.
12. Taghinezhad Z, Eghlima M, Arshi M, Pourhossein Hendabad P. Effectiveness of social skills training on social adjustment of elderly people. J Rehabil. 2017;18(3):230–41. [Persian] http://dx.doi.org/10.21859/jrehab-1803230
13. Dehghannezhad S, Hajhosseini M, Ejei J. Effectiveness of positive thinking skill training on social maladjusted adolescent girls' social adjustment and psychological capital. Journal of School Psychology. 2017;6(1):48–65. [Persian] http://jsp.uma.ac.ir/article_537.html?lang=en
14. Franklin C, Trepper TS, McCollum EE, Gingerich WJ. Solution-focused brief therapy treatment manual. Oxford University Press; 2011.
15. Ghaderi K, Motevalli MM, Esmiri Y, Lotfi S. Studying the influence of solution-focused brief therapy on preventing relapse to addiction among men. A Research Journal on Social Work. 2015;1(3):74–108. Persian] https://rjsw.atu.ac.ir/article_4743.html?lang=en
16. Jackson PZ, Mckergow M. The solutions focus: the SIMPLE way to positive change. London: Nicholas Brealey; 2002.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

17. Cavanagh MJ, Grant AM. The solution-focused approach to coaching. In: Cox E, Bachkirova T, Clutterbuck D; editors. The complete handbook of coaching. London: Sage; 2010
18. Hosseinpour N, Jadidi M, Mirzaian B, Hoseiny H. The efficiency of solution-focused brief therapy on adjustment problems of female students in Amol, Iran. Int J School Health. 2015;3(1):1–5. [Persian] https://dx.doi.org/10.17795/intjsh-27002
19. Saffarpoor S, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Pashasharifi H. The effectiveness of solution-focused brief therapy on increasing social adjustment of female students residing in Tehran University dormitories. International Journal of Psychology and Counselling. 2011;3(2):24–8.
20. Weissman MN, Paykel ES. The depressed woman: a study of social relationship. Chicago: University of Chicago Press; 1974.
21. Weissman MM. Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. Arch Gen Psychiatry. 1974;30(6):771–8. https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760120033006
22. Asadzadeh N, Makvandi B, Askari P, Pasha R, Naderi F. The effectiveness of reality therapy on social adjustment, psychological well-being and self-criticism of generalized anxiety disorder of referred people to Ahvaz psychological clinics. Journal of Psychological Achievements (Journal of Education & Psychology). 2019;26(2):159-78. doi: 10.22055/psy.2019.26578.2137 [Persian]
23. De Shazer S, Dolan YM, Korman H, Trepper TS, McCollum E, Berg IK. More than miracles: the state of the art of solution focused therapy. New York: Haworth Press; 2007.
24. Snyder CR, Rand KL, Sigmon DR. Hope theory: a member of the positive psychology family. In: Snyder CR, Lopez SJ; editors. Handbook of positive psychology. London: Oxford University Press; 2002.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]