



## The Effectiveness of Solution-Focused Approach on Increasing Social Adjustment and Reducing Clinical Depression in Elderly Women of Kermanshah

Parastoo Ebrahimi <sup>1\*</sup>, Maryam Soleimani <sup>2</sup>, Mansour Abdi <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dept. of counseling and guidance, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Dept. of Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran

### Article Info

#### Article History

Received: 24.05.2023

Revised: 25.07.2023

Accepted: 05.08.2023

ePublished: 06.08.2023

#### Keywords

solution-focused approach, social adjustment, clinical depression, elderly

#### How to cite this article

Ebrahimi, P., Soleimani, M., & Abdi, M. (2023). The Effectiveness of solution-focused approach on increasing social adjustment and reducing clinical depression in elderly women of kermanshah. *Aging Psychology*, 9(2), 151-165.

#### \*Corresponding Author

Parastoo Ebrahimi

#### Email

ebrahimi.p1986@gmail.com



© The Author(s)

Publisher: Razi University

### Abstract

Elderly is one of the most important periods of human life, which requires a lot of attention to avoid any mental and psychological disorders and challenges. Two important challenges in this period are the lack of social adjustment and the increase of depression. Therefore, the aim of this research was to investigate the effectiveness of solution-focused therapy (SFT) on increasing social adjustment and reducing clinical depression in elderly women living in Kermanshah, Iran in 2020-2021. It was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group and follow-up (two months after the post-test). The statistical population included all elderly women (60 years and older) in Kermanshah with clinical depression and social maladjustment in 2020-2021. The sampling method was convenience Sampling. Therefore, according to Kresji and Morgan's table, 381 people were selected. Participants filled out Bell's social adjustment and Yesavage et al.'s elderly depression questionnaires. The final sample consisted of 30 people selected based on the inclusion criteria of the study and randomly assigned into experimental and control groups in the same ratio. The experimental group underwent 8 sessions of SFT twice a week, and the control group did not receive any intervention in the same time. Finally, the data were analyzed at two levels of descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate covariance analysis) using SPSS-26 software. The results illustrated that the SFT in the post-test and follow-up phase compared to the pre-test was effective in increasing the social adjustment and reducing the clinical depression of the elderly ( $P < 0.01$ ). The results indicate that the use of SFT seems to be an efficient and practical method to improve social adjustment and reduce clinical depression in the elderly women, and the use of this method is recommended in other mental disorders of the elderly women.



## اثربخشی درمان راه‌حل‌محور بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی بالینی زنان سالمند شهر کرمانشاه

پرستو ابراهیمی<sup>۱\*</sup>، مریم سلیمانی<sup>۱</sup>، منصور عبدی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

### چکیده

سالمندی یکی از مهم‌ترین دوران زندگی بشر است که نیازمند توجه بسیاری است تا از هرگونه اختلال و چالش روحی و روانی جلوگیری گردد. دو چالش مهم در این دوره عدم سازگاری اجتماعی و افزایش افسردگی می‌باشد. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌محور بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی بالینی زنان سالمند شهر کرمانشاه بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری (۲ ماه بعد از پس‌آزمون) بود؛ جامعه آماری تمامی زنان سالمند (۶۰ سال و بیشتر) در شهر کرمانشاه با افسردگی بالینی و ناسازگاری اجتماعی و در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود؛ بنابراین با توجه به جدول کرسجی و مورگان تعداد ۳۸۱ نفر انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های سازگاری اجتماعی بل و افسردگی سالمندان یسویچ و همکاران را تکمیل کردند. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب، و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله راه‌حل‌محور را به صورت دو بار در هفته دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری شده در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیری) با استفاده نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که رویکرد راه‌حل‌محور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی بالینی سالمندان مورد آزمون تأثیرگذار بوده است ( $P < 0/01$ ). نتایج حاکی از آن است که استفاده از رویکرد راه‌حل‌محور روشی کارآمد و کاربردی در جهت بهبود سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی بالینی در زنان سالمند به‌شمار می‌آید و استفاده از این روش در دیگر اختلال‌های روحی و روانی زنان سالمند توصیه می‌شود.

### اطلاعات مقاله

#### سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۳

اصلاح: ۱۴۰۲/۰۵/۰۳

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۲/۰۵/۱۵

#### کلیدواژه‌ها

رویکرد راه‌حل‌محور، سازگاری اجتماعی، افسردگی بالینی، سالمندان

#### نحوه ارجاع به مقاله

ابراهیمی، پ، سلیمانی، م، و عبدی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان راه‌حل‌محور بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی بالینی زنان سالمند شهر کرمانشاه. *روان‌شناسی پیری*، ۹(۲)، ۱۶۵-۱۵۱.

#### \* نویسنده مسئول

پرستو ابراهیمی

#### پست الکترونیکی

ebrahimi.p1986@gmail.com

اختلال‌های روحی، روانی، جسمانی و غیره است. این افراد به دلیل کمبودهای عاطفی و همدلی مستعد عدم سازگاری می‌باشند (حسین‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵).

سالمندان به دلیل کمبودهای عاطفی و همدلی مستعد عدم سازگاری می‌باشند و از سوی دیگر افسردگی در این افراد بسیار شایع است. افسردگی بیماری شایع عصر حاضر که به عنوان سرماخوردگی روان‌پزشکی لقب گرفته است، در تمامی جهان روند فزاینده‌ای دارد (حسین‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵). در این پژوهش منظور از افسردگی، افسردگی بالینی<sup>۱</sup> بود که به معنای افسردگی شدید می‌باشد. افسردگی به عنوان یکی از بیماری‌های شایع در سراسر جهان، نوسانات خلق و خوی معمول و پاسخ‌های عاطفی کوتاه مدت به چالش‌های زندگی متفاوت بوده و می‌توان آن را شامل طیف وسیعی از نشانه‌های بالینی در نظر گرفت که ویژگی مشترک آنها وجود غم، پوچی یا خلق تحریک‌پذیر همراه با تغییرات جسمانی و شناختی بوده و به طور قابل ملاحظه‌ای بر توانایی عمل کردن فرد تأثیر می‌گذارد (احمدپور و ترکان، ۱۴۰۱). افسردگی موجب تغییر در خلق، تفکر و فعالیت فرد می‌شود (گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۹). مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون کاهش مشارکت اجتماعی و فعالیت‌های جسمانی (ایلالی و همکاران، ۱۳۹۷)، بیماری‌ها و اختلالات جسمانی و مصرف برخی داروها (قرنچیک و همکاران، ۱۳۹۰) و تغییر در سبک زندگی و تغذیه (سلیمانی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹) رابطه دارد. افسردگی در حد چشمگیری توانایی انجام امور شغلی، تحصیلی و به‌ویژه مقابله با مشکلات زندگی روزمره را مختل می‌کند (سلیکینی و موسلر، ۲۰۱۸). افرادی که با این بیماری ذهنی شناخته می‌شوند، اغلب از تخریب‌های اجتماعی، فیزیکی و روان‌شناختی که عملکردهایشان را در تمام سطوح زندگی محدود می‌کند، رنج می‌برند (مارتین و همکاران، ۲۰۱۳). افسردگی باعث می‌شود که به‌طور تقریبی ۱۲ درصد از مردم جهان هزینه‌های سنگینی پرداخت کنند. اقتصاددانان تخمین زده‌اند که مبتلایان به افسردگی برای درمان بیماری و مشکلات ناشی از آن سالانه ۴۳ میلیون دلار هزینه می‌کنند (هانتز، ۲۰۱۱). افسردگی بر زندگی زنان بیشتر از مردان تأثیر می‌گذارد و به طور تقریبی ۲۰ درصد زنان در طول زندگی تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند (رجبی و ستوده، ۱۳۹۰).

سالمندی یکی از مراحل تکامل زندگی انسان بوده که آخرین تحولات تحولی آدمی در آن صورت می‌پذیرد. آهنگ رشد و تحول در این مرحله نیز همچون دیگر مراحل زندگی دارای ویژگی‌ها، تغییر و تحولات زیستی و روان‌شناختی پیچیده است. این تغییرات بر افکار، احساسات، اعتقادات، ارزش‌ها و به‌طور کلی شخصیت، رفتار و شیوه عملکرد فرد در مقابل دیگران تأثیرگذار است (زکی‌زاده و هارون رشیدی، ۱۴۰۱). بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ جمعیت سالمند ۶۰ سال و بالاتر ۹/۳ درصد محاسبه شده است و انتظار می‌رود آمار سالمندان ایرانی در سال‌های آینده افزایش چشمگیری داشته باشد (حاجت‌پور و هارون رشیدی، ۱۴۰۰). سالمندی فرایندی است که با دگرگونی‌های عمیق در سه بُعد فیزیولوژی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی انسان همراه است (قاضی محسنی و همکاران، ۱۳۹۵). اختلالات روانی همچون افسردگی، ناسازگاری، اضطراب، زوال عقل و غیره در سالمندان حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد برآورد شده است (میری و همکاران، ۱۳۹۴). طیف وسیعی از سالمندان نمی‌توانند با وضعیت کنونی‌شان سازگار شوند، بنابراین دچار انواع مشکلات روانی از جمله عدم سازگاری می‌گردند.

سازگاری می‌تواند در حیطه‌های مختلفی مطرح شود و ابعاد اجتماعی، خانوادگی، عاطفی و شغلی را شامل می‌شود. برخی از صاحب‌نظران، سازگاری اجتماعی را در رأس سایر ابعاد تلقی می‌کنند (محمدی و کمالی، ۱۳۹۷). مطالعات نشان داده‌اند که سازگاری اجتماعی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون تبعیض سنی و پیرستیزی (اورنگ و همکاران، ۱۳۹۷)، دل‌کندن اجتماع از حضور سالمندان و کاهش سلامت روان سالمندان (ابراهیم‌پور، ۱۳۹۶) رابطه دارد. سازگاری و هماهنگی هر فرد با خود و محیط برای هر موجود زنده ضروری است و همه تلاش افراد توسط این سازگاری تحت تأثیر قرار می‌گیرد (ابراهیم‌پور، ۱۳۹۶). سازگاری اجتماعی عبارت است از توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریق خاص که در عرف جامعه قابل قبول باشد (موران و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه سالمندان با مسائل روانی و بیماری‌های جسمی و اجتماعی مختلفی سروکار دارند، این مشکلات باعث کاهش سازگاری فردی و اجتماعی این گروه از افراد جامعه می‌شود (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۲). از این رو کاهش سازگاری فردی می‌تواند منجر به عدم سازگاری اجتماعی در افراد سالمند شود. سالمندی یک فرایند پرچالش از نظر بروز

<sup>1</sup> clinical depression

درمان‌های زیادی برای ارتقای سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی در سالمندان به کار رفته است که از میان آنها می‌توان به درمان مرور زندگی (مرادی و همکاران، ۱۳۹۸)، درمان روان‌نمایشگری (چراغی و نعمت طاوسی، ۱۳۹۹)، و معنادرمانی گروهی (محمدی و کمالی، ۱۳۹۷) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (زکی‌زاده و هارون رشیدی، ۱۴۰۱) برای متغیر سازگاری اجتماعی و درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۹)، درمان متمرکز بر خود-شفقتی (فرخزادیان و میردریکوند، ۱۳۹۶)، آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر حل مسأله (محمد و غلامی حیدرآبادی، ۱۳۹۷)، تمرینات تنفسی و آرام‌سازی یوگا (پیری و همکاران، ۱۳۹۶)، خاطره‌پردازی ساختارمند (افشاری و همکاران، ۱۳۹۸)، گشتالت درمانی (شریعت و همکاران، ۱۳۹۹)، ذهن‌آگاهی (جوانمردی و همکاران، ۱۳۹۹) برای متغیر افسردگی اشاره کرد. عیار و سابانچیوگولاری (۲۰۲۱) تأثیر رویکرد راه‌حل محور را در بیماران افسرده مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از رویکرد راه‌حل محور در بیماران افسرده بر سطح عملکرد اجتماعی آنها مؤثر است. در این مطالعه اما از روش درمانی راه‌حل محور بر افسردگی بالینی و سازگاری اجتماعی استفاده شده است.

روش درمانی راه‌حل محور مدلی از درمان است که به دلیل تمرکز آن بر روی وجود راه‌حل‌ها و نه صرف وجود مشکل، به طور تقریبی با همه مدل‌های روان‌درمانی دیگر متباین و مختلف است و از ویژگی‌های بارز آن، تمرکز بر زمان حال یعنی آنجا که معضلات و سختی‌های وجود دارند و نه جستجو در گذشته برای یافتن علل بوده است. طبق درمان راه‌حل محور از مراجعان به‌طور ویژه‌ای خواسته می‌شود تا در ترسیم چشم‌انداز آینده شرکت و با به‌یادآوردن موفقیت‌های گذشته، نقاط قوت و منابع خود، آن چشم‌انداز را در زندگی روزانه خود درست کنند (فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۷). درمان راه‌حل محور یک رویکرد نظری مطلع است که توسط دست‌اندرکاران بهداشت روانی مورد استفاده قرار گرفت تا به مراجعان کمک کند که از نقاط قوت خود در تمرکز بر اهداف آینده‌گرا و وظایفشان بهره‌گیرند (آرچولتا و همکاران، ۲۰۱۵). تأکید راه‌حل محور بر یادگیری اینکه چه چیزی برای هر فرد مؤثر است، باعث شده این رویکرد گزینه‌ای جذاب برای افرادی باشد که به‌گونه‌ای در کشمکش برقراری یک رابطه کارآمد با درمانگر هستند

(بلیس و بری، ۲۰۰۹). فرض اساسی درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت این است که مشکل یا مسئله‌ای که فرد را به سمت درمان می‌کشاند برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست؛ چرا که عامل هر مشکلی لزوماً با راه‌حل آن مرتبط نیست و مراجعان خودشان منابعی دارند که برای ایجاد تغییر از آنها استفاده خواهند کرد (آسانو و شیمیزو، ۲۰۱۸). این روش درمانی بیان‌کننده این است که مراجعان، شایستگی‌ها و خلاقیت‌های لازم را برای تغییر در درون خود دارند. براساس دیدگاه راه‌حل محور، تغییر و دگرگونی، امری اجتناب‌ناپذیر بوده و به‌طور خاص تغییرات سازنده امکان‌پذیر است؛ بنابراین در این نوع درمان، تمرکز بر روی مسائلی است که احتمال تغییر در آنها وجود دارد. به همین علت است که درمان راه‌حل محور به مشاوره امیدواری شهرت پیدا کرده که نرخ بررسی موفقیت این نوع از آموزش‌ها در مراکز مشاوره، بالای ۸۰ درصد گزارش شده است (دیجانگ و برگ، ۲۰۱۲). درمانگران راه‌حل محور بر این باورند که واقعیات از نظر اجتماعی ساخته می‌شوند و به‌جای وجود یک واقعیت بیرونی محسوس، چندین واقعیت و راه‌حل وجود دارد. این مدل همچنین مراجعین را افراد شایسته و ماهری می‌داند که قادر به حل مشکلات خود با حداقل کمک از طرف دیگران هستند (کیم، ۲۰۰۶). در این درمان به‌جای تمرکز بر گذشته بر حال و آینده و به‌جای توجه به ضعف‌ها و کمبودهای مراجع، به توانمندی‌های آنها توجه می‌شود و درمانگر، مراجع را فردی می‌داند که مهارت حل مشکل خود را دارد و درمانگر توانایی او را به وی یادآور می‌شود و او را در پیدا کرده راه‌حل همراهی می‌کند (ردی، ۲۰۱۵).

رویکرد درمانی راه‌حل محور از نظر درک مفاهیم بسیار ساده و از نظر کاربردی بسیار سهل و آسان می‌باشد و این مزایا از علل مناسب بودن این رویکرد برای گروه سنی سالمند می‌باشد. همچنین باور به کفایت و توانمندی انسان که جزء اصول اساسی در این رویکرد می‌باشد و برای تقویت خودباوری مجدد در سالمندان بسیار مؤثر بود. تغییر در زبان بیان از مشکل به راه‌حل، یافتن استثنائات، سازگاری با راه‌حل‌های مؤثر، تمرکز بر حال و آینده و افزایش خود باوری و تشویق از دیگر مفاهیم مطرح در این رویکرد می‌باشد (اسمیل‌پور دیلمقانی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان راه‌حل محور پیش‌تر روی زوجین مورد استفاده قرار گرفته است و افسردگی و سازگاری اجتماعی را در جمعیت

ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از (۱) داشتن افسردگی غیربالینی، (۲) مصرف داروهای روان‌پزشکی، (۳) عدم مشارکت در حداقل ۳ جلسه درمانی و (۴) شرکت همزمان در برنامه‌های روان‌شناختی دیگر. میانگین سنی گروه آزمایش ۷۱/۴۶ و میانگین سنی گروه کنترل ۷۱/۶۱ سال بود. در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) با تحصیلات پنجم ابتدایی، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) سیکل، ۳ نفر (۲۰ درصد) دیپلم و ۳ نفر (۲۰ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) با تحصیلات پنجم ابتدایی، ۳ نفر (۲۰ درصد) سیکل، ۳ نفر (۲۰ درصد) دیپلم و ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) متأهل، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) مجرد، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) مطلقه و ۶ نفر (۴۰ درصد) بیوه بودند. در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) متأهل، ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) مجرد، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) مطلقه و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) بیوه بودند.

### ابزار

**پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بل<sup>۳</sup>.** این پرسش‌نامه توسط بل در سال ۱۹۶۱ ساخته شده است و از بین پنج مؤلفه سازگاری، سازگاری اجتماعی را می‌سنجد. این پرسش‌نامه به‌عنوان کمک به مشاوره با بزرگسالانی که مسائل شخصی خود را در مقولت مندرج در آزمون مطرح می‌کنند، موفقیت‌آمیز بوده است و در مورد هر دو جنس زن و مرد کاربرد دارد. آزمون مورد استفاده شامل سؤالاتی برای سنجش سازگاری اجتماعی است (۳۲ سؤال از ۱۶۰ سؤال آزمون اصلی). آزمون دارای ۳۲ سؤال می‌باشد و گزینه‌های آن بله، خیر و نمی‌دانم است. طبق پژوهش محمدی و سجادیان (۱۳۹۸)، نمرات ۷ تا ۱۵ به‌معنی سازگاری اجتماعی می‌باشد. نمرات کمتر از ۷ (پرخاشگری) و بیشتر از ۱۵ (کناره‌گیری) به‌معنی ناسازگاری اجتماعی است. بل (۱۹۶۲) روایی بالایی این سیاهه را در تشخیص گروه‌های بهنجار از روان‌آزرده گزارش کرده است؛ همچنین پایایی آزمون را ۰/۶۳ و روایی آزمون را ۰/۷۷ گزارش کرده است. ضریب همبستگی این سیاهه با آزمون شخصیت آیزنک (۱۹۸۵) ۰/۵۶ به‌دست آمده است (زکی‌زاده و هارون‌رشدی، ۱۴۰۱). اعتبار آزمون-آزمون مجدد این پرسش‌نامه از ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ متغیر بوده است. همچنین این آزمون روایی بالایی در تشخیص

سالمندی مورد توجه قرار نداده است، که بر این اساس می‌توان گفت این پژوهش از نوآوری قابل قبولی برخوردار است. به علاوه برای اولین بار است این پژوهش در میان سالمندان شهر کرمانشاه مورد بررسی قرار می‌گیرد، که نتایج این پژوهش می‌تواند خلأهای پژوهشی گذشته را پر کند و نتایج جامع و کاملی را ارائه بدهد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌محور بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی بالینی زنان سالمند شهر کرمانشاه انجام شد. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از اینکه (۱) مداخله راه‌حل‌محور سازگاری اجتماعی سالمندان شهر کرمانشاه را افزایش می‌دهد و (۲) مداخله راه‌حل‌محور افسردگی بالینی زنان سالمند شهر کرمانشاه را کاهش می‌دهد.

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی<sup>۱</sup> و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری (۲ ماه پس از پس‌آزمون) با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری تمامی زنان سالمند (۶۰ سال و بیشتر) در شهر کرمانشاه با افسردگی بالینی و ناسازگاری اجتماعی و در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. براساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ تعداد جامعه آماری ۵۱۸۹۶ نفر بودند (سایت درگاه ملی آمار ایران<sup>۲</sup>). روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود؛ بنابراین با توجه به جدول کرسجی و مورگان تعداد ۳۸۱ نفر انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های سازگاری اجتماعی بل و افسردگی سالمندان (GDS) بین آنان اجرا شد. در نهایت ۳۰ نفر از افرادی که نمرات آنان در پرسش‌نامه افسردگی سالمندان ۱۰ یا بیشتر بود و همزمان در پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بل نمره ۱۶ و بالاتر را کسب کرده بودند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگذاری (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) شدند. ملاک‌های ورود در پژوهش حاضر عبارت بودند از (۱) جنسیت زن، (۲) داشتن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی، (۳) سن بالای ۶۰ سال (۴) ابتلا به افسردگی بالینی (کسب نمره ۵ تا ۹ در مقیاس افسردگی)، (۵) دارای ناسازگاری اجتماعی (نمرات کمتر از ۷ و بیشتر از ۱۵ در پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بل) و (۶) رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود.

<sup>1</sup> quasi experimental

<sup>2</sup> www.amar.org.ir

<sup>3</sup> Bell Social Adjustment questionnaire

طور هدفمند (با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش) تعداد ۳۸۱ نفر انتخاب شدند. برای اجرای پرسش‌نامه‌ها از زنان سالمندی که در مراکز خرید و پارک‌ها مشاهده می‌شدند، با نمونه‌گیری دردسترس درخواست پر کردن پرسش‌نامه‌های سازگاری اجتماعی بل و افسردگی سالمندان شد. به‌علاوه زنان سالمندی که از کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی خارج می‌شدند، درخواست گردید که در پارک معلم پرسش‌نامه‌ها را پاسخ دهند. برای زنان سالمندی هم که تمایل به پاسخ دادن به پرسش‌نامه‌ها داشتند و عینک همراهشان نبود سؤالات خوانده و پاسخ‌ها علامت زده شدند؛ از شرکت‌کنندگان خواسته شد در صورت تمایل ادامه همکاری و شرکت در جلسات شماره تماس همراه یا تلفن منزل خود را یادداشت نمایند. در نهایت ۳۰ نفر از افرادی که نمرات آنان در پرسش‌نامه افسردگی سالمندان ۱۰ یا بیشتر بود و همزمان در پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بل نمره ۱۶ و بالاتر را کسب کرده بودند، انتخاب شدند. این شرکت‌کنندگان از کسانی بودند که دارای ملاک‌های ورود به مداخله و بدون ملاک‌های خروج از مطالعه بودند؛ همچنین شماره تماس خود را جهت همکاری بیشتر و شرکت در جلسات اعلام کرده بودند. این شرکت‌کنندگان صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگذاری (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) شدند. اعضای گروه آزمایش درمان راهل محور را به مدت ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت ۲ بار در هفته دریافت کردند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. مداخلات در مرکز مشاوره سپهر در شهر کرمانشاه و توسط نویسنده مسئول انجام شدند.

جهت اجرای مداخله ابتدا توضیحاتی راجع به هدف دعوت برای حضور در جلسات، زمان‌بندی جلسات، جلب رضایت و اعتماد آنها و اهمیت حضور به‌موقع و کامل آنها در تمامی جلسات مطرح شد. به تمامی شرکت‌کنندگان گفته شد که حضور و انتخاب آنها در جلسه‌های آموزشی به صورت به طور کامل تصادفی بود و شانس هر یک از آنها برای حضور در جلسات آموزشی برابر بود. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت کامل محرمانه باقی خواهد بود و آنان اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه پژوهش منصرف شوند. در پایان مداخله، هر دو گروه آزمایش و کنترل به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از الگوها

گروه‌های بهنجار از نوروتیک و همبستگی با آزمون شخصیت آیسنک<sup>۱</sup> نشان داده است. پایایی این ابزار نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۲). یزدانبخش (۱۳۹۴) نیز پایایی آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را برابر با ۰/۹۱ گزارش کرده است. همچنین پایایی آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه در این پژوهش ۰/۸۴ به‌دست آمد.

**پرسش‌نامه افسردگی سالمندان<sup>۲</sup>.** این پرسش‌نامه حاوی ۱۵ سؤال است که توسط یسویج و همکاران (۱۹۸۲) برای اندازه‌گیری افسردگی سالمندان طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل دو عامل افسردگی و فعالیت‌های روانی اجتماعی است. سؤالات براساس طیف‌های بله و خیر طراحی شده است. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر می‌باشد. نمره صفر تا ۴ به معنای نداشتن افسردگی، ۵ تا ۹ افسردگی متوسط یا غیربالینی و ۱۰ تا ۱۵ افسردگی شدید یا بالینی است (ازگلستانی فر و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۹). نقطه برش این ابزار نمره ۸ است (یعنی نیاز به درمان دارند). روایی همگرایی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد (یسویج و شیخ، ۲۰۰۸). ملکوتی و همکاران (۱۳۹۵)، روایی این پرسش‌نامه را با روش تحلیل عاملی و اعتبار ملاکی بررسی و تأیید کردند. برای تحلیل عاملی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و بار عاملی حداقل ۰/۴۰ و مقادیر ویژه بزرگتر یک در نظر گرفته شد. پایایی نیز با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و تنصیف ۰/۸۹ گزارش شد. در پژوهش ازگلستانی فر و دشت بزرگی (۱۳۹۹)، نیز پایایی با روش آلفای کرونباخ از طریق ضریب همبستگی گویه‌ها ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آمده است.

**پروتکل درمانی راهل محور.** درمان راهل محور براساس مؤلفه‌های رویکرد راهل محور انجام گرفت که در جدول ۱ به اختصار ارائه شده است. پروتکل درمانی از دو منبع جعفری و همکاران (۱۳۹۹) و کانی و متکالف (۲۰۰۹/۱۳۹۷) اقتباس شده است.

## روش اجرا

در این پژوهش ابتدا با مراجعه به مراکز خرید، پارک‌ها و کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی از بین زنان سالمند به

<sup>۱</sup> Eysenck

<sup>۲</sup> geriatric depression scale (GDS)

و شیوه‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش معیار و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده Sps26 بود.

## جدول ۱

## پروتکل مربیگری راه‌حل‌محور

جلسه	هدف	محتوا
اول	معارفه، ایجاد ارتباط، خوش‌آمدگویی، معارفه و ایجاد ارتباط بین شرکت‌کنندگان با هم و با درمانگر صورت گرفت. به تأکید بر اصل رازداری، شرکت‌کنندگان در مورد اجرای اصل رازداری اطمینان داده شد. سه اصل کلیدی درمان راه‌حل‌محور بیان سه اصل کلیدی بیان شد. اینکه (۱) اگر چیزی معیوب نیست، پس آن را تعمیر نکن. (۲) اگر چیزی به خوبی عمل کرد، پس بیشتر از آن استفاده کن. (۳) اگر چیزی به خوبی عمل نکرد، پس روش متفاوتی به کار بگیر. از شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون گرفته شد. به عنوان اولین تکلیف از شرکت‌کنندگان خواسته شد به این سه اصل در زندگی خود فکر کنند و مصادیق آن را در زندگی خود پیدا کنند.	
دوم	هدف‌سازی در جهت رسیدن به بالاترین امیدهایشان پرسیده شد. (بالاترین امید شما برای این جلسه چیست؟ فرض کنید گفت‌وگوی ما برایتان مفید بوده است، چه تفاوتی در زندگی شما ایجاد شده است؟) تکلیف این جلسه تفکر درباره این بود که شرکت‌کنندگان چه اقداماتی می‌توانند در جهت رسیدن به خواسته و هدفشان انجام دهند؟	
سوم	توجه به پیشرفت‌ها و ایجاد امیدواری	مباحث جلسات قبلی مرور شد و تکلیف جلسه قبل بررسی شد. درمانگر با پرسش سؤالاتی بر تغییرات مثبتی که برای شرکت‌کنندگان پیش آمده بود تمرکز کرد. (از جلسه قبل چه تغییرات مثبتی مشاهده کردید؟ چه چیزهایی از جلسه پیش تا الان بهتر شده اند؟) توجه شرکت‌کنندگان به تغییرات جزئی متمرکز شد و به ادامه تغییرات امیدوار شدند. تکلیف جلسه بعد پاسخ به این سؤال بود که چه مواردی در زندگی شما هست که به خوبی پیش می‌رود و بهتر است حفظ شود؟
چهارم	ساخت و گسترش منابع	به بررسی تکلیف جلسه قبل پرداخته شد. با بیان پرسش توجه شرکت‌کنندگان به تغییرات مثبت درمان معطوف شد. (چه چیزهایی بهتر شده است؟) شرکت‌کنندگان با پاسخ به سؤالات استثنا و موقعیت‌های عاری از مشکل لحظات استثنایی مثبت در زندگیشان را تشخیص دادند و درباره زمان و چگونگی این استثناها تفکر کردند. (وقتی چگونه هستید به نظرتان دلخواه شماست و فکر می‌کنید همان‌گونه که می‌خواهید، هستید؟ چه زمانی وضعیت ارتباطی شما در شادترین حالت قرار داشته است؟ چه زمانی احساس کرده‌اید که اعتماد به نفس بالایی دارید و از روحیه و ارتباطات خود راضی بوده‌اید؟) آنان با پی بردن به وجود استثناهای مثبت در زندگی امیدوار شدند. با استفاده از واژه «به‌جای» راه‌حل‌های ترجیحی را پیدا و انجام دادند. (به‌جای کارهایی که در مواقع افسردگی و کناره‌گیری انجام می‌دهید چه کارهای دیگری می‌توانید انجام دهید که احساسات متفاوتی داشته باشید؟) تکلیف پاسخ به این سؤال بود که تفکر درباره اینکه به‌جای مشکل فعلی از چه روشی برای بهتر شدن اوضاع می‌توان استفاده کرد؟
پنجم	تمرکز بر تفاوت‌ها	تکلیف جلسه قبل بررسی شد و سؤال «چه چیزهایی بهتر شده است؟» پرسیده شد. درمانگر از شرکت‌کنندگان خواست با توجه به وضعیت فعلی خود از صفر تا ده در یک مقیاس و به صورت منصفانه به خود امتیاز بدهند. (در حال حاضر در روابط خود با دیگران و حالت احساسی خود در کجا قرار دارید؟ به شرایط فعلی خود از صفر تا ده چه امتیازی می‌دهید؟) درمانگر بر این مطلب تأکید کرد که تغییرات کوچک به تغییر بزرگ و احساسات مثبت منجر می‌شوند. تکلیف جلسه بعد فکر کردن و یادداشت‌برداری در مورد این مطلب بود که چه اقداماتی می‌توانند انجام دهند که در این مقیاس نمره بالاتری کسب کنند؟
ششم	ساخت آینده ارتباطی ترجیحی	به بررسی تکلیف جلسه قبل پرداخته شد. با بیان پرسش توجه شرکت‌کنندگان به ادامه تغییرات مثبت درمان معطوف شد. (چه چیزهایی نسبت به جلسه اول بهتر شده است؟) درمانگر از شرکت‌کنندگان درباره تغییراتی که در نزدیکانشان و ارتباطاتشان با اطرافیان با پیشرفتی که داشته اند، سؤالاتی

پرسید. (دیگران چگونه متوجه تغییر شما می‌شوند؟ شما چگونه متوجه فهم تغییر خود توسط دیگران می‌شوید؟ دیگران چه واکنشی نسبت به تغییر شما خواهند داشت؟) تکلیف جلسه بعد فکر کردن و پاسخ به این سؤال بود که چه کسانی و از روی چه نشانه‌هایی متوجه تغییر شما می‌شوند؟

هفتم ایجاد امید با تعیین آینده مطلوب و مقیاس‌سازی تکلیف جلسه قبل بررسی شد. سؤالاتی مبنی بر چگونگی مقابله با مشکلات از شرکت‌کنندگان پرسیده شد. (چگونه توانستید با مشکلات در این زمان دست و پنجه نرم کنید؟ چه خصوصیتی در شما هست که با آن توانستید نمره مقیاس را بالا ببرید؟ آیا باز هم می‌توانید مقیاس خود را در حد ۱ یا نمره بالا ببرید؟) به شرکت‌کنندگان به‌خاطر ایجاد راه‌حل و انجام تکالیف بازخورد داده شد. درباره آینده مطلوب و نمراتی که قرار است به خودشان در مقیاس بدهند پرسش شد. تکلیف جلسه بعد تفکر درباره دستاوردهای کوتاه مدت و بلند مدت در آینده بود.

هشتم جمع‌بندی، انجام تکلیف جلسه قبل بررسی شد. درمانگر سؤال هم‌اکنون چه بهتر شده است را از تمامی شرکت‌کنندگان پرسید. جلسات قبل همگی مرور و جمع‌بندی شدند. از شرکت‌کنندگان بابت حل تکالیف و مشارکت فعال در درمان تشکر گردید و پس‌آزمون اجرا شد.

### یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است.

### جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به خردمندی و تاب‌آوری دو گروه، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی بالینی	میانگین (م.ا.) ۱۳/۵۷(۲/۲۲)	میانگین (م.ا.) ۱۰/۶۴(۱/۶۷)	میانگین (م.ا.) ۱۳/۵۳(۲/۶۱)	میانگین (م.ا.) ۱۳/۳۱(۳/۴۲)
سازگاری اجتماعی	۲۶/۴۴(۵/۰۸)	۲۱/۰۳(۴/۶۹)	۲۶/۷۹(۴/۱۱)	۲۶/۶۴(۴/۲۵)

همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد افسردگی بالینی در پس‌آزمون  $[F=۱/۳۴۴, P=۰/۲۸۹]$  و پیگیری  $[F=۰/۶۲۸, P=۰/۴۲۶]$  و سازگاری اجتماعی در پس‌آزمون  $[F=۱/۰۵۶, P=۰/۳۱۲]$  و پیگیری  $[F=۱/۴۵۱, P=۰/۲۸۸]$  نشان داد که به لحاظ آماری معنی دار نبودند و مفروضه همگنی واریانس‌ها در تمام موارد پژوهشگر شده است. جهت بررسی همگنی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان  $F$  در سطح  $۰/۰۵$  در متغیرهای افسردگی بالینی  $[F=۱/۰۲۳, P=۰/۰۹۸۷]$  و سازگاری اجتماعی  $[F=۰/۹۰۸, P=۰/۵۱۱]$  بود. به‌علاوه جهت بررسی پیش‌فرض توزیع طبیعی متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع طبیعی در متغیرها وجود دارد؛  $Z$  به‌دست‌آمده در سطح  $۰/۰۵$  معنی دار نمی‌باشد. پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس

همان‌طور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، میانگین نمرات برای متغیرهای افسردگی بالینی و سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش چشمگیری داشته است.

این کاهش در مرحله پیگیری هم ثابت باقی مانده است. در گروه کنترل که مداخله‌ای صورت نگرفته بود، نمرات افسردگی بالینی و سازگاری اجتماعی به‌طور تقریبی بی‌تغییر مانده است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) برای تجزیه و تحلیل نتایج اصلی استفاده شد.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌ها پیش‌فرض‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس تک متغیره را برآورده می‌کنند، مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها، همگنی ضرایب رگرسیون و نرمال بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی همگنی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون



پژوهشگر شد، برای بررسی اثربخشی رویکرد راه‌حل‌محور بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی سالمندان شهر

کرمانشاه از تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

### جدول ۳

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره سازگاری اجتماعی و افسردگی بالینی در پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۱/۸۲۱	۱	۱۱/۸۲۱	۱۷/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۴۱۲
	گروه	۴۷/۰۹	۱	۴۷/۰۹	۷۱/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۶۵۸
	خطا	۱۷/۷۳۹	۲۷	۰/۶۵۷			
افسردگی بالینی	پیش‌آزمون	۴/۵۵	۱	۴/۵۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷۶
	گروه	۱۶/۶۸۲	۱	۱۶/۶۸۲	۴۴/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۷۰۱
	خطا	۱۰/۱۴۳	۲۷	۰/۳۷۶			

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون سازگاری اجتماعی و افسردگی بالینی بین نمرات گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، رویکرد راه‌حل‌محور با توجه به میانگین سازگاری اجتماعی گروه آزمایش (۲۱/۰۳) نسبت به میانگین گروه کنترل (۲۶/۶۵) موجب افزایش معنادار سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش شده است (نمره بیشتر به معنای سازگاری اجتماعی کمتر می‌باشد). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۵۸ است، یعنی ۶۶ درصد تفاوت‌های فردی در

نمرات سازگاری اجتماعی مربوط به تأثیر رویکرد راه‌حل‌محور است. بنابراین فرض صفر در فرضیه اول رد و فرض پژوهش تأیید شد. همچنین رویکرد راه‌حل‌محور با توجه به میانگین افسردگی بالینی گروه آزمایش (۱۰/۶۴) نسبت به میانگین گروه کنترل (۱۳/۲۹) موجب کاهش معنادار افسردگی بالینی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر برابر با ۰/۷۰۱ است، یعنی ۷۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات سازگاری اجتماعی مربوط به تأثیر رویکرد راه‌حل‌محور است. پس فرض صفر در فرضیه دوم رد و فرض پژوهش تأیید شد.

### جدول ۴

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره سازگاری اجتماعی و افسردگی بالینی در پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۴/۵۵	۱	۱۴/۵۵	۲۳/۷	۰/۰۰۰	۰/۵۲۶
	گروه	۴۹/۳۸	۱	۴۹/۳۸	۸۰/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۷۴۵
	خطا	۱۶/۵۷۲	۲۷	۰/۶۱۴			
افسردگی بالینی	پیش‌آزمون	۴/۶۵	۱	۴/۶۵	۱۰/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۴۸۱
	گروه	۱۷/۴۳۳	۱	۱۷/۴۳۳	۳۹/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲
	خطا	۱۱/۸۷۱	۲۷	۰/۴۴			

طبق جدول ۴، مقدار F در پیگیری، سازگاری اجتماعی ۸۰/۴۲ و افسردگی بالینی ۳۹/۶۲ در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار می‌باشد و این نشان از آن دارد که بین دو گروه در میزان سازگاری اجتماعی و افسردگی بالینی در مرحله پیگیری هم تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی اثرات مداخله رویکرد راه‌حل‌محور پس از گذشت ۲ ماه همچنان باقی مانده است.

میزان تأثیر یا تفاوت برای سازگاری اجتماعی برابر با ۰/۷۴۵ است، یعنی ۷۵ درصد تفاوت‌های فردی در مرحله پیگیری در سازگاری اجتماعی مربوط به تأثیر رویکرد راه‌حل‌محور است. میزان تأثیر یا تفاوت برای افسردگی بالینی نیز برابر با ۰/۶۳۲ است، یعنی ۶۳ درصد تفاوت‌های فردی در مرحله پیگیری در افسردگی بالینی مربوط به تأثیر درمان است.

### بحث و نتیجه‌گیری

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و افزایش جمعیت سالمندان به قدری قابل توجه است که از آن به عنوان انقلاب ساکت یاد شده است. سالمندی زمان کاهش درآمد، روابط اجتماعی محدود شده، از دست دادن عزیزان و همراهان، تغییر نقش‌ها، تغییر میزان کارآمدی، کشمکش در روابط فAMILI و از دست دادن نسبی سلامتی هست که اغماض از این تنش‌ها در واقع نادیده انگاشتن استرس‌های مهم زندگی سالمندان است (اسمیت، ۲۰۰۳). این دوره نیازمند توجه بسیاری است تا از هرگونه اختلال و چالش روحی و روانی جلوگیری گردد. در همین راستا برخی از اختلال‌ها و مشکلات این دوران اجتناب‌ناپذیر است. از جمله چالش‌های این دوره می‌توان به عدم سازگاری اجتماعی و افزایش افسردگی اشاره نمود (ابراهیم‌پور، ۱۳۹۶). در همین راستا یکی از روش‌های درمانی مؤثر برای افزایش سازگاری اجتماعی در میان سالمندان استفاده از رویکرد راه‌حل محور یا درمان کوتاه‌مدت است. این رویکرد همان‌طور که بیان شد بر ارائه راه‌حل در زمان حال تأکید دارد و سعی بر آن است تا در کمترین زمان ممکن راه‌حل‌های کاربردی و مناسب را ارائه دهد. این رویکرد می‌تواند ناسازگاری‌های اجتماعی همچون عصبانیت و پرخاشگری که قابل کنترل هستند، مرتفع سازد و با ارائه پیشنهادها و راه‌حل‌های فوری و کوتاه مدت آن را کنترل و برطرف نماید (فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان راه‌حل محور بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی بالینی زنان سالمند شهر کرمانشاه انجام شد. نتایج پژوهش نشان دادند که مداخله راه‌حل محور بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی بالینی زنان سالمند شهر کرمانشاه اثر می‌گذارد.

فرضیه اول این پژوهش مبنی بر اینکه مداخله راه‌حل محور سازگاری اجتماعی زنان سالمند شهر کرمانشاه را افزایش می‌دهد، تأیید شد که این یافته با مطالعات مرادی و همکاران (۱۳۹۸)، محمدی و کمالی (۱۳۹۷)، زکی‌زاده و هارون‌رشیدی (۱۴۰۱) و کیم و همکاران (۲۰۱۸) همسو و با مطالعه چراغی و نعمت طاووسی (۱۳۹۹) ناهمسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد درمانی راه‌حل محور از نظر درک مفاهیم بسیار ساده و از نظر کاربردی بسیار سهل و آسان می‌باشد و این مزایا از علل مناسب بودن این رویکرد برای گروه سنی سالمند می‌باشد. همچنین باور به کفایت و توانمندی انسان که جزء اصول اساسی در این رویکرد می‌باشد و

برای تقویت خودباوری مجدد در سالمندان بسیار مؤثر بود. تغییر در زبان بیان از مشکل به راه‌حل، یافتن استثنائات، سازگاری با راه‌حل‌های مؤثر، تمرکز بر حال و آینده و افزایش خود باوری و تشویق از دیگر مفاهیم مطرح در این رویکرد می‌باشد (اسمعیل‌پور دیلمقانی و همکاران، ۱۴۰۱). در این درمان، درمان‌گران از نقاط قوت مراجعان و منابع، کلمات و عقاید آنها استفاده می‌کنند. بنابراین این ویژگی‌ها می‌تواند به مراجعان کمک کند تا روش‌های مناسب‌تر سازگاری را از طریق افزایش توانایی حل مسأله و با افزایش خودانگیزگی و صلاحیت‌های خود تحقق بخشند. تفکر درمان راه‌حل محور به طور کامل متضاد با روش مشکل‌مدار و مسأله‌مدار است. برخلاف رویکرد مشکل‌مدار که صرف شناسایی و تشخیص ریشه‌های شکل‌گیری مشکل و تاریخچه آن، مسیر حل مسأله هموار می‌شود، در درمان راه‌حل محور راه‌حل‌های ممکن برای مسأله را مهم‌تر و اساسی‌تر در نظر می‌گیرد؛ بنابراین سبک معیوب شکست و درماندگی را قطع کرده و درمانجو را از تفکر بر ضعف‌ها و ناتوانی‌هایش دور کرده و بر توانمندی‌هایش متمرکز می‌کند. یکی از این توانمندی‌ها، استفاده از راه‌حل‌های مختلف برای کسب حمایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی است (توصیفیان و همکاران، ۱۴۰۰). براساس دیدگاه راه‌حل محور، تغییر و دگرگونی، امری اجتناب‌ناپذیر بوده و به‌طورخاص تغییرات سازنده امکان‌پذیر است؛ بنابراین در این نوع درمان، تمرکز بر روی مسائلی است که احتمال تغییر در آنها وجود دارد (دیجانگ و برگ، ۲۰۱۲). تغییر در زبان بیان از مشکل به راه‌حل، یافتن استثنائات، سازگاری با راه‌حل‌های مؤثر، تمرکز بر حال و آینده و افزایش خود باوری و تشویق از دیگر مفاهیم مطرح در این رویکرد می‌باشد (اسمعیل‌پور دیلمقانی و همکاران، ۱۴۰۱) که نشان می‌دهد این رویکرد در افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان مؤثر است. فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر اینکه مداخله راه‌حل محور افسردگی بالینی زنان سالمند شهر کرمانشاه را کاهش می‌دهد، تأیید شد که این یافته با مطالعات عباسی و همکاران (۱۳۹۶)، زلی (۲۰۲۲)، گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی (۱۳۹۹)، فرخزادیان و میردیری‌کوند (۱۳۹۶)، محمد و غلامی حیدرآبادی (۱۳۹۷)، پیری و همکاران (۱۳۹۶)، افشاری و همکاران (۱۳۹۸)، شریعت و همکاران (۱۳۹۹)، جوانمردی و همکاران (۱۳۹۹) و عیار و سبانه‌چیوگولاری (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر

## منابع

- پذیرش و تعهد به شرح زیر اتفاق می‌افتد. این شیوه از طریق افزایش پذیرش روانی فردی در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساس‌ها) و کاهش اعمال کنترلی نامؤثر به مراجع می‌آموزد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و افراد باید این تجارب ذهنی را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی (ذهنی) یا بیرونی جهت حذف و یا اجتناب از آنها بپذیرند (گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۹). به علاوه ویژگی تمرکز بر راه‌حل به جای تمرکز بر مشکل در درمان راه‌حل‌محور، می‌تواند به خاطر احترام به خودکارآمدی و باور به کفایت سالمندان به حل مشکلات، بدون نیاز به دیگران به احیای اعتماد به نفس آنها که می‌تواند به‌خاطر تنهایی تا حدی خدشه‌دار شده باشد، کمک کند. در مجموع مفاهیم و مؤلفه‌های ساده و کاربردی این درمان نسبت به درمان‌های دیگر، در شکل گروهی آن در کاهش احساس تنهایی بسیار تأثیرگذار بود (اسمعیل‌پور دیلمقانی و همکاران، ۱۴۰۱). در نتیجه، این شیوه از طریق فرایندهای فوق می‌تواند نقش مؤثری در کاهش افسردگی سالمندان داشته باشد.
- این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. نخست آن که، اعضای نمونه به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. محدودیت دوم این پژوهش تمرکز آن زنان سالمند شهر کرمانشاه بودند که در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. محدودیت سوم این بود که روایی پرسش‌نامه‌ها با زنان سالمند کرمانشاهی مورد بررسی قرار نگرفته است و بر نتایج روایی پژوهش‌های قبلی با جامعه آماری سالمندان سایر شهرها تکیه شده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به‌منظور بالا بردن اعتبار بیرونی این پژوهش با جامعه آماری گروه‌های اجتماعی گوناگون، جامعه سالمندان بی‌سواد و جنسیت مردان نیز انجام شود. به‌علاوه جهت تعمیم نتایج این پژوهش با نمونه‌گیری به صورت تصادفی نیز اجرا گردد.
- ### سپاس‌گزاری
- در پایان نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه مسئولین سایت درگاه ملی آمار ایران بابت در اختیار گذاشتن داده‌های سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ و نیز تمامی سالمندانی که با صبوری در پژوهش حاضر شرکت کردند، قدردانی نمایند.
- ابراهیم‌پور، ق. (۱۳۹۶). مقایسه رضایت از زندگی، سازگاری اجتماعی و خوش‌بینی در سالمندان ساکن منزل و سرای سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳ (۳)، ۲۲۸-۲۱۹.
- احمدپور، ر.، و ترکان، ه. (۱۴۰۱). پیش‌بینی نشخوار فکری و نگرانی بر اساس توانایی کنترل فکر و اجتناب شناختی-رفتاری در دانشجویان مبتلا به افسردگی بالینی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۳ (۲)، ۱۶۸-۱۵۸.
- اسمعیل‌پور دیلمقانی، ر.، پناه‌علی، ا.، اقدسی، ع. ن.، و خادمی، ع. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی معنادرمانی گروهی و درمان راه‌حل‌محور بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی در زنان سالمند با ترس از ابتلا به کرونا. *روان‌شناسی پیری*، ۱ (۳)، ۲۴۸-۲۳۵.
- افشاری، ع.، رضایی، ر.، و دادرسی، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی خاطره‌پردازی ساختارمند بر کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۵ (۳)، ۲۱۵-۲۰۱.
- اورنگ، ط.، اورنگ، م.، و اورنگ، س. (۱۳۹۹). سالمندی و اخلاق اجتماعی. *اخلاق در علوم و فناوری*، ۱۵ (۳)، ۵-۱.
- ایلالی، ا. س.، بشکنی، م.، و جهان‌بخش، ف. (۱۳۹۷). مروری بر تأثیر اوقات فراغت بر افسردگی سالمندان. *تعالی بالینی*، ۱ (۲)، ۶۰-۵۰.
- بیرامی، م.، علیزاده‌گورادل، ج.، انصاریحسین، س.، و قهرمان محرم‌پور، ن. (۱۳۹۲). مقایسه کیفیت خواب و سلامت-عمومی سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۱ (۴)، ۵۵-۴۷.
- پیری، ا.، قاسمی، ب.، و صالحی، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی تمرینات تنفسی و آرام‌سازی یوگا بر افسردگی زنان سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۳ (۳)، ۱۹۸-۱۸۹.
- توصیفیان، ن.، پازوکی، ع.، یوسفی، ن.، پیغامی، ط.، و مومنی، آ. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله راه‌حل‌مدار بر بهبود میزان سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به ام‌اس. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱ (۱)، ۱۷۶-۱۸۳.
- جعفری، م. س.، مرادی، ا.، علی‌آبادی، ف.، احمدی، س.، بابایی، ا.، پروری، ز.، سیف‌اللهی نصرآبادی، ف.، عزیزپور، ا.، کریم‌آبادی، س.، مقیم‌خان، ط.، و یزدان‌پناه، ف. (۱۳۹۹). هنر پرسشگری در درمان فشرده راه‌حل‌محور. تهران: انتشارات آکادمیک
- جوانمردی، ف.، نعیمی، ا.، و معتمدی، ع. ا. (۱۳۹۹). اثربخشی مدل ذهن‌آگاهی بر بهبود نگرش‌های صمیمانه و افسردگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۶ (۱)، ۵۲-۳۹.

کانی، ا.، و متکالف، ل. (۱۳۹۷). هنر درمان راه‌حل محور (ترجمه فاطمه سیف الهی نصرآبادی؛ میرسعید جعفری و احمدرضا سلامتی). تهران: آکادمیک. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹)

گلستانی‌فر، س.، و دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. *روان‌شناسی پیری*، ۶ (۳)، ۲۰۳-۱۹۱.

محمد، ل.، و غلامی حیدرآبادی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر حل‌مسأله بر افسردگی زنان سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۴ (۴)، ۳۴۹-۳۳۷.

محمدی، ا.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سازگاری اجتماعی و هدفمندی در زندگی در سالمندان مرد ساکن سرای سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۵ (۲)، ۱۰۰-۸۹.

محمدی، س. ی.، و کمالی، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی، احساس تنهایی و سلامت-عمومی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۴ (۱)، ۷۲-۶۱.

مرادی، ش.، قدرتی میرکوهی، م.، و حیاتی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه مرور زندگی بر احساس تنهایی، سازگاری اجتماعی و انسجام و یکپارچگی در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۵ (۳)، ۱۹۹-۱۷۹.

ملکوتی، س. ک.، فتح‌الهی، پ.، میراب‌زاده، آ.، صلواتی، م.، و کهانی، ش. د. (۱۳۸۵). هنجاریابی مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)؛ فرم ۱۵ سؤالی در ایران. *پژوهش در پزشکی*، ۳۰ (۴)، ۳۶۹-۳۶۱.

میری، م. ر.، صالحی‌نیا، ح.، طیوری، ا.، بهلگردی، م.، و تقی‌زاده، ع. ا. (۱۳۹۴). شیوع اختلالات روانی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بیرجند در سال ۱۳۹۳. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲ (۲)، ۱۰۳-۹۴.

یزدانبخش، ک. (۱۳۹۴). اثربخشی مرور زندگی بر افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته. *روان‌شناسی پیری*، ۱ (۳)، ۱۸۵-۱۷۹.

## References

Abbasi, A., Mohammadi, M., Zaharakar, K., Davarniya, R., & Babaeigarmkhani, M. (2017). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Reducing Depression and Increasing Marital Satisfaction in Married Women. *Iran Journal of Nursing*, 30 (105), 34-46. <https://ijn.iums.ac.ir/article-1-2420-fa.html> [sian]

چراغی، ف.، و نعمت طاوسی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌نمایشگری بر سازگاری اجتماعی و بهزیستی فاعلی در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۶ (۲)، ۱۶۳-۱۴۹.

حسین‌نژاد، ا.، معدلی، ز.، جهان‌پور، ف.، و شریفی‌کیا، ا. (۱۳۹۵). مقایسه افسردگی زنان متأهل کادر درمانی شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی، مدرسین آموزش و پرورش و زنان متأهل خانه‌دار ۵۰-۲۰ ساله در شیراز ۱۳۹۲-۱۳۹۳، *مجله پرستاری گروه‌های آسیب‌پذیر*، ۳ (۴)، ۵۱-۳۸.

رجبی، غ.، و ستوده، س. ا. (۱۳۹۰). تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۰ (۸۰)، ۸۳-۹۱.

زکی زاده، ح.، و هارون‌رشیدی، ه. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سازگاری اجتماعی و تحریف‌های روان‌شناختی مردان سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۱ (۲)، ۱۰۵-۱۱۷.

سلیمانی نژاد، ع.، طاهری تنجانی، پ.، ابوالفتحی ممتاز، ی.، خداکریم، س. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط بین سوءتغذیه و افسردگی در سالمندان ایرانی. *کومش*، ۲۲ (۳)، ۴۷۶-۴۶۷.

شربت، ا.، غضنفری، ا.، یارمحمدیان، ا.، صولتی، ک.، و چرامی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی گشتالت‌درمانی بر افسردگی، تمایز یافتگی، خودشناسی انسجامی و ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۶ (۳)، ۲۶۷-۲۴۹.

عباسی، ا.، محمدی، م.، زهراکار، ک.، داورنیا، ر.، و بابایی، م. (۱۳۹۶). کارایی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل، *نشریه پرستاری ایران*، ۳۰ (۱۰۵)، ۴۶-۳۴.

فتحی آشتیانی، ع.، و داستانی، م. (۱۳۹۲). *آزمون‌های روان‌شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت‌روان*. تهران: بعثت.

فرخزادیان، ع. ا.، و میردردی‌کوند، ف. ا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۳ (۴)، ۳۰۲-۲۹۳.

قاضی محسنی، م.، سلیمانیان، ع. ا.، و حیدرنیا، ا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی امیدمحور بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، *سالمند. نشریه سالمندی ایران*، ۱۱ (۲)، ۳۰۹-۳۰۰.

قرنجیک، ع.، محمدی شاه بلاغی، ف.، انصاری، غ.، نجفی، ف.، قادری، ش.، اشرفی، ک.، طاهری، ن.، و صحاف، ر. (۱۳۹۰). افسردگی در سالمندان ترکمن در سال ۱۳۸۹. *سالمند*، ۶ (۲۱)، ۳۴-۳۹.

- Afshari, A., Rezai, R., & Dadras, F. (2019). The Effectiveness of Structured Reminiscence on Anxiety and Depression in the Elderly. *Aging Psychology, 5* (3), 201-215. [https://doi: 10.22126/jap.2019.4704.1368](https://doi.org/10.22126/jap.2019.4704.1368) [Persian]
- Ahmadpour, R., & torkan, H. (2022). The prediction of rumination and worry based on the ability to control thought and cognitive behavioral avoidance in students' university with clinical depression. *Knowledge & Research in Applied Psychology, 23* (2), 158-168. [https://doi: 10.30486/jsrp.2020.564023.1259](https://doi.org/10.30486/jsrp.2020.564023.1259) [Persian]
- Archuleta, KL., Burr, EA., Carlson, MB., Ingram, J., Kruger, L. I., Grable, J., & Ford, M. (2015). Solution - Focused Financial Therapy: A Brief Report of a pilot study. *Journal of Financial Therap, 6* (1), 1-16. <https://doi.org/10.4148/1944-9771.1081>
- Asano, K., & Shimizu, E. (2018). A case report of Compassion Focused Therapy for a Japanese patient with recurrent depressive disorder: the importance of layered processes in. *Case Reports in Psychiatry, 10* (1), 9-19. <https://doi.org/10.1155/2018/4165434>
- Asiachi, N., Sanatkar, A., & Bahari, S. M. (2017). The Effectiveness of Yoga on the Adjustment of Elderly Men and Women. *Aging Psychology, 2* (4), 261-270. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_647\\_en.html?lang=fa](https://jap.razi.ac.ir/article_647_en.html?lang=fa) [Persian]
- Ayar, D., & Sabanciogullari, S. (2021). The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability, *Perspectives in Psychiatric Care, 57* (1), 235-245. <https://doi.org/10.1111/ppc.12554>
- Bell, H. M. (1962). *Adjustment Inventory Manual*. Palo Alto, Calif: Consulting Psychologists Press.
- Beyrami, M., Alizadeh Goradel, J., Ansarhosein, S., & Ghahraman Moharrampour, N. (2014). Comparing Sleep Quality and General Health Among the Elderly Living at Home and at Nursing Home. *Salmand: Iranian Journal of Ageing, 8* (4) :47-55. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-525-fa.html> [Persian]
- Bliss, E. V., & Bray, D. (2009). The smallest solution focused particles: Towards a minimalist definition of when therapy is solution focused. *Journal of Systemic Therapies, 28* (2), 62-74. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2009.28.2.62>
- Cheraghi, F., & NematTavousi, M. (2020). The Effectiveness of Psychodrama on Social Adjustment and Subjective Well-being in the Elderly. *Aging Psychology, 6* (2), 149-163. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5448.1432> [Persian]
- Connie, E., & Metcalf, L. (2018). *The Art of Solution Focused Therapy*. (Translated by Fatemeh Seifollahi Nasrabadi; Mirsaeed Jafari; & Ahmadreza Salamati). Tehran: Akademic. (Original publication year, 2009)
- DeJong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions*, Nelson Education.
- Ebrahimpour, G. (2017). Comparison of satisfaction with life, Social Adjustment and Optimism in the Elderly at Home and Nursing Homes. *Aging Psychology, 3* (3), 219-228. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_830.html](https://jap.razi.ac.ir/article_830.html) [Persian]
- Esmailpour Dilmaghani, R., Panahali, A., Aghdasi, A. N., & Khademi, A. (2022). The Comparison of the Effectiveness of Group-Based Logotherapy and Solution-Oriented Therapy on Death Anxiety and Feeling of Loneliness in Elderly women with Fear of Coronavirus. *Aging Psychology, 8* (3), 249-235. <https://doi.org/10.22126/jap.2022.8172.1645> [Persian]
- Farokhzadian, A. A., & Mirderekvand, F. (2018). The Effectiveness of Self-Compassion Focused Therapy on Increase of Psychological Well-Being and Reduction of Depression in the Elderly. *Aging Psychology, 3* (4), 293-302. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_903\\_en.html](https://jap.razi.ac.ir/article_903_en.html) [Persian]
- Fathi Ashtiani, A., & Dastani, M. (2013). Psychological tests for assessing personality and mental health. Tehran: Besat. [Persian]
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A., & Johnson, A. (2017). Solution Focused Brief Therapy: A Systematic Review and Meta-Summary of Process Research, *journal of marital and family therapy, 43* (1), 16-30. <https://doi.org/10.1111/jmft.12193>
- Gharanjik, A., Mohammadi Shahbolaghi, F., Ansari, G., Najafi, F., Ghaderi, S., Ashrafi,

- K., Taheri, N., & Sahaf, R. (2011). The Prevalence of Depression in Older Turkmen Adults in 1389. *Salmand*, 6 (3), 34-39. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-441-en.html> [Persian]
- Ghazi Mohseni, M., Soleimanian, A. A., & Heidarnia, A. (2016). Examining the Effectiveness of Hope-Based Group Training on the Life Quality of the Elderly People. *Salmand*, 11 (2), 300-309. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1052-fa.html> [Persian]
- Golestanifar, S., & DashtBozorgi, Z. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment based Therapy on Depression, Psychological Health and Life Expectancy of the Elderly with Nonclinical Depression. *Aging Psychology*, 6 (3), 191-203. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5748.1470> [Persian]
- Hajatour, R., & Haroon Rashidi, H. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Irrational Beliefs and Death Attitude in the Elderly. *Aging Psychology*, 7 (1), 54-43. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6286.1514> [Persian]
- Hossein Nejjhad, A., Moadeli, Z., Jahanpour, F., & Sharifikiya, I. (2017). Comparison of Depression between married women working in training hospitals and Instructors compared with housewives aged 25-50 in Shiraz in 2013 - 2014. *Nursing Journal of the vulnerable*, 3 (4), 38-51. <https://magiran.com/p1677113> [Persian]
- Hunter, D. C. (2011). *The Evolution of Approaches to Depression: from paradigm shifts to social contexts*, The Chicago School of Professional Psychology ProQuest Dissertations Publishing.
- Ilali, E. S., Bashkani, M., & Jahanbakhsh, F. (2018). A Review of the Effect of Leisure on Depression in the Elderly. *Clinical Excellence*, 8 (2) :50-60. URL: <https://ce.mazums.ac.ir/article-1-411-en.html> [Persian]
- Jafari, M. S., Moradi, A., Ali Abadi, F., Ahmadi, S., Babai, A., Parvari, Z., Seifollahi Nasrabadi, F., Azizpur, A., Karimabadi, S., Moghim Khan, T., & Yazdan Panah, F. (2020). The art of questioning in social solution complex therapy. Tehran: Academic Publication. [Persian]
- Javanmardi, F., Naeimi, E., & Moatamedi, A. (2020). The Effectiveness of Mindfulness Model on Improving Intimate Attitudes and Elderly Depression. *Aging Psychology*, 6 (1), 39-52. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5022.1402> [Persian]
- Kim, H. (2006). *Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy*. Unpublished PhD. Thesis, The State University of New York at Buffalo.
- Kim, J. S., Brook, J., & Akin, B. A. (2018). Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. *Research on Social Work Practice*, 28 (4), 452-462. <https://doi.org/10.1177/10497315166650>
- Leslie, P. (2022). *Perceptions and Possibilities: Strategic and Solution-Oriented Approaches to Working with Depression*, Phoenix Publishing House.
- Malakouti, K., Fathollahi, P., Mirabzadeh, A., Salavati, M., & Kahani, S. (2006). Validation of geriatric depression scale (GDS15) in Iran. *Research in Medicine*. 30 (4):361-369. <https://pejoughesh.sbmu.ac.ir/article-1-342-en.html> [Persian]
- Martin, A., Boadi, N., Fernandes, C., & Watt, S. (2013). Robinson-Wood T. Applying resistance theory to depression in black women. *Journal of Systemic Therapies*, 32 (1),1-13. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2013.32.1.1>
- Miri, M., Salehiniya, H., Tiyuri, A., Bahlgerdi, M., & Taghizadeh, A. (2016). Prevalence of mental disorders and its related factors among elderly of Birjand, 2014. *Journal of Geriatric Nursing*, 2 (2) :94-103. <https://jgn.medilam.ac.ir/article-1-153-fa.htm> [Persian]
- Mohammad, L., & Gholami Heidarabadi, Z. (2019). The Effectiveness of Training the Problem Solving-based Cognitive Strategies on depression in elderly women. *Aging Psychology*, 4 (4), 337-349. <https://doi.org/10.22126/jap.2019.1126> [Persian]
- Mohammadi, I., & Sajjadian, I. (2019). The Effectiveness of Resiliency Training on

- Social Adjustment and Purposeful Life in the Elderly Male Living in Nursing Homes. *Aging Psychology*, 5 (2), 89-100. <https://doi.org/10.22126/jap.2019.1121> [Persian]
- Mohammadi, S. Y., & Kamali, H. (2018). The Effectiveness of Group Logo therapy on Social Adjustment, Loneliness and General Health in Elderly. *Aging Psychology*, 4 (1), 61-72. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_945\\_en.html?lang=fa](https://jap.razi.ac.ir/article_945_en.html?lang=fa) [Persian]
- Moradi, S., Ghodrati Girkohi, M., & Hayati, M. (2019). The Effectiveness of the Life Review Program on Sense of Loneliness, Social Adjustment, Coherence and Integration in the Elderly. *Aging Psychology*, 5 (3), 179-199. <https://doi.org/10.22126/jap.2019.1225> [Persian]
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanen, A., Degenhardt, L., Borschmann, R., & Patton, G. C. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 3 (7), 636-645. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30029-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30029-3)
- Orang, T., Orang, M., & Orang, S. (2020). Elderly and Social Ethics. *Ethics in Science and Technology*, 15 (3), 1-5. <https://ethicsjournal.ir/article-1-1961-en.html> [Persian]
- Piri, E., Ghasemi, B., & Salehi, R. (2017). Yoga Breathing Exercises and Relaxation Effect on Depression in Elderly women. *Aging Psychology*, 3 (3), 189-198. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_814.html?lang=en](https://jap.razi.ac.ir/article_814.html?lang=en) [Persian]
- Rajabi, G., & Sotodeh Navrodi, S. (2012). A Study of Impact of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression Reduction and Increase of Marital Satisfaction in Married Women. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 20 (80), 83-91. <https://journal.gums.ac.ir/article-1-123-fa.html> [Persian]
- Reddy, P. D. (2015). Thirumoorthy A, Vijayalakshmi P, Hamza MA. Effectiveness of solutionfocused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37 (1), 87-89. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.150849>
- Shariat, A., Ghazanfari, A., Yarmohammadian, A., Solati, K., & Chorami, M. (2020). The Effectiveness of Gestalt Therapy on Depression, Self-Differentiation, Integrative Self-Knowledge and Positive Psychological Characteristics in the Elderly. *Aging Psychology*, 6 (3), 267-249. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5573.1456> [Persian]
- Slekiene, J., & Mosler, H. J. (2018). Does depression moderate handwashing in children? *BMC Public Health*, 18 (82), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4638-4>.
- Smith, J. (2003). Stress and aging: theoretical and empirical challenges for interdisciplinary research. *Neurobiology of Aging*, 3 (24), 77-80. [https://doi.org/10.1016/s0197-4580\(03\)00049-6](https://doi.org/10.1016/s0197-4580(03)00049-6)
- Soleimaninejad, A. L., TaheriTanjani, P., Abolfathi Momtaz, Y., & Khodakarim, S. (2020). Relationship between malnutrition and depression among Iranian elderly population. *Koomesh*, 22 (3), 467-476. <https://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-5504-en.html> [Persian]
- Towsyfyfan, N., Pazoki, A., Yousefi, N., Peyghami, T., & Momeni, A. (2021). Effects of Solution-Focused Brief Therapy on Social Adjustment in Women with MS. *Journal of Disability Studies*. 11 (1), 176-183. <https://jdisabilstud.org/article-1-995-fa.html> [Persian]
- Yazdanbakhsh, K. (2016). Effects of life review on social adjustment of retirees' elderly persons. *Aging Psychology*, 1 (3), 179-185. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_330.html](https://jap.razi.ac.ir/article_330.html) [Persian]
- Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (2008). Geriatric Depression Scale (GDS). *Clin Gerontologist*. 5 (1-2):165-173. [https://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17 (1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zakizadeh, H., & Haroonrashidi, H. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Social Adjustment and Cognitive Distortion in the Elderly Men. *Aging Psychology*, 8 (2), 105-117. <https://doi.org/10.22126/jap.2022.7624.1613> [Persian]