

## اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر بهبود کیفیت زندگی فرزندان

اسد اسدی حسن‌وند<sup>۱</sup>، منصور سودانی<sup>۲\*</sup>، ذبیح‌اله عباسپور<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۱/۲۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۰۴

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** کیفیت زندگی منعکس‌کننده خواسته‌ها، امیدها و انتظارات کودکان و نوجوانان در ارتباط با حقایق کنونی و آینده زندگی آن‌هاست و افزایش و بهبود آن در فرزندان موجب سلامت روان، پیشرفت و تعالی خانواده و در نتیجه جامعه می‌شود. پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر بهبود کیفیت زندگی فرزندان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** طرح پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی با گروه آزمایش و گواه با استفاده از روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانش‌آموزان پسر است که در دبیرستان‌های متوسطه اول شهر اهواز در سال ۹۳-۹۴ مشغول تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانش‌آموز می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای به‌طور تصادف در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته، تحت مداخله درمان راه حل - محور به شیوه گروهی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی، کیفیت زندگی فرزندان و مؤلفه‌های آن (عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) را در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری به‌طور معنی‌داری افزایش داده است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی فرزندان مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان راه حل - محور، کیفیت زندگی، سلامت عمومی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۹۵، شهریور ۱۳۹۶، ص ۴۴۹-۴۵۹

آدرس مکاتبه: اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه مشاوره، تلفن: ۰۹۱۶۱۱۱۷۵۱۷

Email: sodani\_m@scu.ac.ir

### مقدمه

کیفیت زندگی مفهوم جدیدی نیست. این مفهوم سابقه در فلسفه یونان دارد و ارسطو در بحث از شادکامی بدان اشاره کرده است (۳). کیفیت زندگی یک مفهوم رهایی‌بخش، باهدف توانمندسازی و تعیین سرنوشت است و مستلزم این است که کنترل بر سرنوشت خود را افزایش دهیم. مردم کیفیت زندگی را موقعی که می‌توانند انتخاب‌های خودشان را داشته باشند و یا می‌توانند زندگی و کنترل زندگی خود را تعیین کنند، تجربه می‌کنند (۴). کیفیت زندگی نشان‌دهنده تفسیر شخصی فرد از محیط‌زیست و تأثیر آن بر سلامت فرد است. این یک مفهوم ذهنی و چندبعدی

خانواده نخستین محیط اجتماعی است که کودک را تحت سرپرستی و مراقبت قرار می‌دهد، از این‌رو بیش از دیگر محیط‌های اجتماعی در رشد و تکامل فرد تأثیر دارد (۱). یکی از تأثیرات مهم کارکرد خانواده، تأثیر آن بر سلامت روان فرزندان است و برای تعیین نیازهای حیطه سلامت و ارتقای سلامتی افراد، باید کیفیت زندگی<sup>۴</sup> آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد. کیفیت زندگی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت روان محسوب می‌شود (۲).

<sup>۱</sup> دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

<sup>۴</sup> quality of life

است (۵). و به‌عنوان یک شاخص فراگیر رفاه مردم مورد استفاده قرار می‌گیرد (۶).

کاستانزا<sup>۱</sup> و همکاران، معتقدند که بررسی‌ها در مورد کیفیت زندگی تحت دو عنوان قرار می‌گیرند:

۱- اصطلاح شاخص عینی کیفیت زندگی شامل: شاخص‌هایی از تولید اقتصادی، نرخ سود، امید به زندگی و اطلاعات دیگر است که می‌تواند بدون یک ارزیابی ذهنی به‌وسیله خودارزیابی شخصی جمع‌آوری شود. شاخص‌های عینی ممکن است به‌تنهایی یا در ترکیب استفاده شود به شکل شاخص انتزاعی در شاخص توسعه انسانی سازمان ملل متحد. به حدی که چنین اقدامی می‌تواند در سراسر زمینه ارزیابی، معتبر و قابل‌اعتماد نشان داده شود (مسلماً یک کار دشوار است)، این اقدامات نسبتاً عینی ممکن است در جمع‌آوری داده‌هایی به ما کمک کنند که کم‌تر در تطابق و مقایسه اجتماعی و محلی آسیب‌پذیر هستند. درجه‌ای از کیفیت زندگی که تا حد زیادی تابع مقایسه زندگی فرد با دیگران در محل خود، در رسانه و یا برخی گروه دیگر است باید به‌دقت تفسیر گردد.

۲- اصطلاح شاخص ذهنی کیفیت زندگی: دینر و ساج<sup>۲</sup> شواهد قانع‌کننده‌ای ارائه می‌کنند که شاخص‌های ذهنی اقدامات معتبر از تصور مردم برای رسیدن به شادی و رفاه است. علاوه بر این برخلاف بسیاری از شاخص‌های عینی کیفیت زندگی، شاخص‌های ذهنی به‌طور معمول از طریق نظرسنجی، مصاحبه و یا ارزیابی پاسخ‌دهندگان از تجارب خود که در فرم خود گزارشی رضایت، شادی، رفاه و یا برخی دیگر موجود است به دست می‌آیند (۷). و ارزیابی کیفیت زندگی با این حقیقت که هنوز تعریف واحد جهانی پذیرفته‌شده برای آن وجود ندارد درهم‌پیچیده است. بعضی متخصصان در تلاش برای پیدا کردن تعاریفی مجزا برای کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان پرداخته‌اند. بعضی از صاحب‌نظران کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان را احساس ذهنی و قابل‌تغییر آن‌ها در مورد سلامتی‌شان می‌دانند و معتقدند که این احساس منعکس‌کننده خواسته‌ها، امیدها و انتظارات کودکان و نوجوانان در ارتباط با حقایق کنونی و آینده زندگی آن‌هاست (۸).

کودکان نیاز دارند که دیده شوند، شنیده شوند و به‌عنوان یک فرد به آن‌ها احترام گذاشته شود. ضروری است که والدین علاقه‌شان را به فرزندان نشان دهند، به حرف‌های آن‌ها گوش دهند و سعی کنند نقطه نظرات آن‌ها را بفهمند. والدین کودکانی که دارای

مشکلات رفتاری هستند توانایی کافی در مدیریت رفتار کودکان خود ندارند. برخی از آن‌ها هنگام مواجهه با مشکلات رفتاری فرزندان خیلی سهل‌گیر و یا بی‌ثبات هستند و دیگران ممکن است به‌طور خاص خصمانه و یا تنبیه‌کننده باشند البته گاهی این سبک‌ها در ترکیب با هم مورد استفاده قرار می‌گیرند. (۱). در پژوهشی پروسر و کورسو<sup>۳</sup> بیان کردند که دامنه گسترده تأثیرهای کودک‌آزاری، آثاری قابل توجه بر امید به زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی قربانی دارد. کودکان بزرگ‌تر که تجربه‌های آزار داشته‌اند، اغلب، برخی از انواع مشکلات عاطفی را شرح داده‌اند (۹). تعدادی از مطالعات ادعا می‌کنند که تجربیات کودکان آزار دیده از ارتباطات نزدیک، نه‌تنها بهزیستی ایشان را در کودکی به خطر می‌اندازد که پیامدهای درازمدت آن تا بزرگسالی گسترش می‌یابند. اگر در دوران کودکی، کیفیت زندگی و نیازهای اساسی شامل خوراک و پوشاک، سرپناه و مسکن بهداشت و آموزش و پرورش فراهم نشوند، توقع یک زندگی با کیفیت در دوران بزرگسالی، واقع‌بینانه نیست (۱۰).

یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ ارتقا سبک زندگی سالم در افراد جامعه است بر این اساس، کشورها می‌بایست راهبردهایی را که در بهبود زندگی فردی و اجتماعی مؤثرند، در دستور کار خود قرار دهند (۱۱). در اوایل ۱۹۹۰ زمانی که قیمت خدمات زیاد و منابع خدمات رسانی ضعیف شده بودند، گرایش به درمان‌های کوتاه مدت زیاد شد و درمان راه‌حل - محور<sup>۴</sup> (SFT) یکی از این درمان‌ها بود (۱۲). دی شازر، برگ و دی جانگ<sup>۵</sup> درمان راه‌حل - محور را توسعه دادند و ایده خود را از اریکسون<sup>۶</sup> و کار انجام شده در موسسه تحقیقات روان گرفتند. ایده‌های آن‌ها برخلاف بحث محبوب درمان بود که بر مشاوره مبتنی بر مشکل تأکید می‌کرد. به جای تمرکز بر مشکلات، دی شازر و برگ لحظاتی را جستجو کردند که مشکل بر روی مراجع تأثیری نداشت یا موقعی که مشکل مانعی برای مراجع نبود (۱۳). اریکسون نیز متقاعد شده بود که درمان اغلب نیازی به زمان طولانی ندارد و یک تغییر کوچک توسط مراجع اغلب برای تنظیم یک فرآیند تغییر بزرگ کافی است (۱۴). درمان راه‌حل - محور یک رویکرد نظری مطلع است که توسط دست اندرکاران بهداشت روانی مورد استفاده قرار گرفت تا به مراجعان کمک کند که از نقاط قوت خود در تمرکز بر اهداف آینده گرا و وظایفشان بهره‌گیرند (۱۵). بنابر این هر مراجع مسیر خود را در جهت راه‌حلی که بر اساس تعریف هدف، راهبردها، نقاط قوت و

<sup>4</sup> solution-focused therapy

<sup>5</sup> De Shazer, Berg & De Jong

<sup>6</sup> Erickson

<sup>1</sup> Costanza

<sup>2</sup> Diener & Suh

<sup>3</sup> Corso & Prosser

منابع مختص خودش است، پیدا می‌کند (۱۶). تأکید راهل - محور بر یادگیری این که چه چیزی برای هر فرد مؤثر است، باعث شده این رویکرد گزینه‌ای جذاب برای افرادی باشد که به گونه‌ای در کشمکش برقراری یک رابطه کارآمد با درمانگر هستند (۱۷). تخصص درمانگر راهل - محور در مکالمات ساختاری است و سؤال و جوابی که مراجع را به سوی تغییر و راهل هدایت می‌کند (۱۸). این درمان برای انواع مختلف مشکلات بزرگسالان از جمله مصرف الکل، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات شخصیت و سایکوز کاربرد داشته است همچنین این رویکرد برای انواع مشکلات کودکان و نوجوانان، گروه‌ها، تعلیم و تربیت، کار با مراجعان ناتوان ذهنی، مدیریت و حل تعارض مؤثر بوده است (۱۹). اولیازاده و رئیسی نیز در مطالعه‌ای اثربخشی درمان راهل محور را بر کیفیت زندگی زوجین شهر اصفهان مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که درمان راهل - محور بر کیفیت زندگی زوجین شهر اصفهان مؤثر است (۲۰). پس به‌طور کلی با توجه به این که کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی است و افزایش و بهبود آن در فرزندان موجب سلامت روان، پیشرفت و تعالی خانواده و در نتیجه جامعه می‌شود و اهمیت ویژه‌ای در سازمان‌دهی و طرح ریزی برنامه‌های بهداشتی دارد. لذا ضرورت دارد با استفاده از راهکارهای درمانی، این شاخص مهم را بهبود بخشید. بنابر این با توجه به مطالبی که در مورد کارایی رویکرد راهل - محور بیان گردید پژوهش حاضر بر آن است تا میزان اثربخشی درمان راهل - محور به شیوه گروهی را بر بهبود کیفیت زندگی فرزندان و مؤلفه‌های آن (عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) مورد آزمون قرار دهد. سؤال اساسی در این پژوهش این است که آیا درمان راهل - محور به شیوه گروهی کیفیت زندگی فرزندان (و مؤلفه‌های آن) را بهبود می‌بخشد؟

## مواد و روش کار

طرح پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی با گروه آزمایش و گواه با استفاده از روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه فرزندان پسر بود که در دبیرستان‌های متوسطه اول شهر اهواز (پایه هفتم) در سال ۹۴-۹۳ مشغول تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانش‌آموز می‌باشد که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شده است به این صورت که از

بین نواحی چهارگانه آموزش و پرورش اهواز به‌صورت تصادفی ناحیه ۲ اهواز انتخاب، سپس از میان مدارس متوسطه اول پسرانه آن ناحیه اهواز، دو مدرسه به‌صورت تصادفی برگزیده شدند. بین دانش‌آموزان، آزمون کیفیت زندگی (SF-36) اجرا شد و آنهایی که در آزمون یک انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین کسب کردند و گواهی مدیران و معاونین مدارس و مصاحبه انجام شده تأییدی بر آسیب‌رسانی مادران به فرزندان بود به‌طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش، درمان راهل - محور را طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته دریافت نمود و یک هفته پس از اجرای آخرین جلسه از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون به عمل آمد و آزمون پیگیری نیز پس از گذشت یک ماه از اجرای پس‌آزمون، انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. از ملاک‌های ورود افراد به مطالعه حاضر سن بین ۱۲ تا ۱۴ سال و رضایت به شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. وجود بیماری خاص، مشکلات تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در موقعیت زمانی آزمون و غیبت بیش از یک جلسه از معیارهای خروج از مطالعه بود و به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش پرسشنامه‌ها بدون نام و با تخصیص

کد تکمیل شد.

فرم کوتاه زمینه‌یابی سلامت (SF-36). این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، که عبارت‌اند از: ۱- سلامت عمومی (۵ عبارت)، ۲- عملکرد جسمانی (۱۰ عبارت)، ۳- محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (۵ عبارت)، ۴- محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی (۳ عبارت)، ۵- درد بدنی (۲ عبارت)، ۶- عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ۷- خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، ۸- سلامت روانی (۵ عبارت). مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به‌وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین نمره ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود نتایج تحلیل روان سنجی باس و پری نشان داده است که این پرسش‌نامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین، همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس، که میان ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ متغیر است، بیانگر روایی مناسب این ابزار بوده است (۲۱).

کیفیت زندگی فرزندان (و مؤلفه‌های آن) از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. به این منظور قبل از تحلیل داده‌ها و برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین و برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، آزمون لوین در متغیر کیفیت زندگی فرزندان و هیچ یک از زیر مقیاس‌ها معنی‌دار نشده است که نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها است. و همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف - اسمیرنوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. بنابر این با توجه به یافته‌های جدول ۲ و ۳ آزمون تحلیل کواریانس قابل اجرا است. در جدول ۴ نیز نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون نمرات در دو گروه آزمایش و گواه، پس از شرکت در جلسات راه‌حل - محور به شیوه گروهی ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد مقدار  $F$  برای متغیر کیفیت زندگی دانش‌آموزان، ۹۰/۸۴ به دست آمد که در سطح  $P < 0/01$  معنی‌دار است. و نیز نمرات زیر مقیاس‌های عملکرد جسمانی ( $F=36/01$ )، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی ( $F=38/1$ )، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی ( $F=54/25$ )، نشاط ( $F=20/26$ )، سلامت عاطفی ( $F=33/3$ )، عملکرد اجتماعی ( $F=52/33$ )، درد ( $F=12/85$ ) و سلامت عمومی ( $F=23/47$ ) در سطح  $P < 0/01$  معنی‌دار بوده‌اند. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که درمان راه‌حل - محور به شیوه گروهی موجب بهبود کیفیت زندگی فرزندان (و مؤلفه‌های آن) شده است. همچنین اثرات این مداخله با توجه به جدول ۵ بعد از گذشت یک ماه به این شرح می‌باشد: مقدار  $F$  برای متغیر کیفیت زندگی دانش‌آموزان، ۷۳/۳۵ به دست آمد که در سطح  $P < 0/01$  معنی‌دار است. و نیز در نمرات زیر مقیاس‌های عملکرد جسمانی ( $F=23/97$ )، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی ( $F=38/58$ ) و محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی ( $F=34/37$ )، نشاط ( $F=28/29$ )، سلامت عاطفی ( $F=35/97$ )، عملکرد اجتماعی ( $F=39/45$ )، درد ( $F=7/08$ ) و سلامت عمومی ( $F=24/88$ )، در سطح  $P < 0/01$  بین افراد دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که این اثر موجب بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان (و مؤلفه‌های آن) تا مرحله پیگیری یک ماهه شده است.

در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل مقیاس برابر ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌های سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی، محدودیت ایفای نقش به دلایل هیجانی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط و سلامت روان به ترتیب برابر ۰/۸۳، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۹۵، ۰/۶۶، ۰/۶۶، ۰/۷۰، ۰/۸۱ محاسبه شد که نشان از پایایی قابل قبول این مقیاس است.

شیوه‌ی اداره جلسات درمان راه‌حل - محور:

جلسه اول: آشنایی مراجعان و مشاور با همدیگر، اخذ شرح کوتاهی از تاریخچه زندگی مراجعان و بیان اصول و دیدگاه درمان راه‌حل - محور.

جلسه دوم: کمک به مراجعان برای تدوین اهداف خود بر اساس رویکرد راه‌حل - محور، ارائه راه‌حل‌های خود در جلسه درمان و بیان خواسته‌ها و انتظارات به صورت شفاف.

جلسه سوم: کمک به مراجعان برای پی بردن به توانمندی‌های خود، آموزش مراجعان جهت درک دیدگاه متفاوت همدیگر.

جلسه چهارم: کمک به مراجعان برای شناسایی و بیان استثنائات مثبت در روابط خود، استفاده از پرسش‌های درجه بندی، تحسین و تمجید مراجعان از رفتارهای مثبت یکدیگر و چشم پوشی از رفتارهای منفی و نمره دهی به خود.

جلسه پنجم: استفاده از پرسش معجزه آسا توسط مشاور، آموزش به مراجعان که دریابند لحظات خوب و بد زاینده افکار و رفتار فرد هستند.

جلسه ششم: آموزش استفاده از واژه مهم «بجای» برای تجربه احساسات جدید، برجسته سازی پاسخ‌های نهفته.

جلسه هفتم: جمع‌بندی و تلخیص مطالب با همکاری مراجعان و نتیجه‌گیری.

## یافته‌ها

میانگین سنی افراد در گروه مداخله ۱۲،۷ سال و در گروه کنترل ۱۲،۶ سال بود و همگی در پایه هفتم مشغول تحصیل بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌گردد کیفیت زندگی گروه آزمایش بعد از اجرای آموزش افزایش یافته است.

در پژوهش حاضر به منظور آزمون فرضیه‌ها و تعیین معنی‌داری تفاوت بین نمره‌های گروه آزمایش و گروه گواه در متغیر وابسته‌ی

**جدول (۱):** میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی دانش‌آموزان در گروه‌های آزمایش و گواه، به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
عملکرد جسمانی	آزمایش	۱۱/۷۲	۵۱/۳۳	۱۹/۶۶
	گواه	۱۸/۶۳	۲۰/۶۶	۲۲/۳۳
محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی	آزمایش	۲۶/۱۶	۷۵	۱۶/۶۶
	گواه	۳۹/۹۴	۱۸/۳۳	۲۸/۳۳
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	آزمایش	۳۳/۸	۸۴/۴۴	۲۶/۶۶
	گواه	۳۴/۴۲	۲۴/۴۴	۳۱/۱۱
نشاط	آزمایش	۶۶/۸	۳۸/۶۶	۱۵
	گواه	۱۰/۲۱	۱۴/۶۶	۱۶
سلامت عاطفی	آزمایش	۹/۷۷	۴۲/۶۶	۱۸/۴
	گواه	۱۱/۴۸	۲۳/۲	۲۲/۶۶
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۱۱/۰۴	۴۹/۱۶	۲۵/۸۳
	گواه	۱۲/۰۱	۲۴/۱۶	۲۵/۸۳
درد	آزمایش	۲۱/۷۳	۶۲/۸۳	۴۷/۱۶
	گواه	۲۰/۴۶	۳۷/۸۳	۳۸
سلامت عمومی	آزمایش	۱۴/۲	۳۸	۱۵/۳۳
	گواه	۱۴/۲۵	۱۶	۱۷/۳۳
کل کیفیت زندگی	آزمایش	۱۰/۷۸	۵۵/۲۶	۲۳/۰۹
	گواه	۱۱/۱۳	۲۲/۴۱	۲۵/۲

**جدول (۲):** آزمون لوین برای اطمینان از همگنی واریانس‌ها

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
عملکرد جسمانی	۰/۱۱	۱	۲۸	۰/۷۳
محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی	۱/۹۸	۱	۲۸	۰/۱۷
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	۲/۶۷	۱	۲۸	۰/۱۱
نشاط	۰/۰۰۹	۱	۲۸	۰/۹۲
سلامت عاطفی	۰/۰۷۷	۱	۲۸	۰/۷۸
عملکرد اجتماعی	۰/۷۱	۱	۲۸	۰/۴۰
درد	۰/۱۸	۱	۲۸	۰/۶۷
سلامت عمومی	۰/۰۱۲	۱	۲۸	۰/۹۱
کل کیفیت زندگی	۰/۰۱۸	۱	۲۸	۰/۸۹

**جدول (۳): نتایج کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها**

سطح معنی‌داری	Z کولموگروف اسمیرنوف	پس‌آزمون‌ها
۰/۰۷	۰/۱۵	عملکرد جسمانی
۰/۱۱	۰/۱۴	محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی
۰/۱۱	۰/۱۴	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی
۰/۲	۰/۱۰	نشاط
۰/۰۶	۰/۱۵	سلامت عاطفی
۰/۰۷	۰/۱۲	عملکرد اجتماعی
۰/۰۷	۰/۱۲	درد
۰/۲	۰/۰۹	سلامت عمومی
۰/۱۳	۰/۱۴	کل کیفیت زندگی

**جدول (۴): نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون کیفیت زندگی دانش‌آموزان**

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
عملکرد جسمانی	۴۴۸۱/۰۸	۱	۴۴۸۱/۰۸	۳۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی	۱۸۰۰۳/۳۱	۱	۱۸۰۰۳/۳۱	۳۸/۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	۱۹۶۵۴/۷۹	۱	۱۹۶۵۴/۷۹	۵۴/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰
نشاط	۳۰۱۷/۳۴	۱	۳۰۱۷/۳۴	۲۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۸
سلامت عاطفی	۲۶۵۶/۶۶	۱	۲۶۵۶/۶۶	۳۳/۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
عملکرد اجتماعی	۳۴۹۵/۰۵	۱	۳۴۹۵/۰۵	۵۲/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰
درد	۱۴۳۶/۹۹	۱	۱۴۳۶/۹۹	۱۲/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۲
سلامت عمومی	۲۱۷۴/۸۷	۱	۲۱۷۴/۸۷	۲۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
کیفیت زندگی فرزندان	۷۷۷۱/۱۲	۱	۷۷۷۱/۱۲	۹۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷۷	۱/۰۰

**جدول (۵):** نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پیگیری مؤلفه‌های کیفیت زندگی دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و

گواه		سطح		درجه آزادی		مجموع		متغیر وابسته
توان آماری	اندازه اثر	معنی‌داری	F	میانگین	مجدورات	مجدورات	مجدورات	
۰/۹۹	۰/۶۰	۰/۰۰۱	۲۳/۹۷	۴۶۵۰/۳۷	۱	۴۶۵۰/۳۷	۴۶۵۰/۳۷	عملکرد جسمانی
۱/۰۰	۰/۷۰	۰/۰۰۱	۳۸/۵۸	۲۰۴۸۳/۵	۱	۲۰۴۸۳/۵	۲۰۴۸۳/۵	محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی
۱/۰۰	۰/۶۸	۰/۰۰۱	۳۴/۳۷	۱۱۷۹۳/۸۳	۱	۱۱۷۹۳/۸۳	۱۱۷۹۳/۸۳	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی
۰/۹۹	۰/۶۴	۰/۰۰۱	۲۸/۲۹	۳۷۷۵/۴۴	۱	۳۷۷۵/۴۴	۳۷۷۵/۴۴	نشاط
۱/۰۰	۰/۶۹	۰/۰۰۱	۳۵/۹۷	۳۱۰۱/۴۲	۱	۳۱۰۱/۴۲	۳۱۰۱/۴۲	سلامت عاطفی
۱/۰۰	۰/۷۱	۰/۰۰۱	۳۹/۴۵	۳۰۵۸/۱۵	۱	۳۰۵۸/۱۵	۳۰۵۸/۱۵	عملکرد اجتماعی
۰/۷۰	۰/۳۰	۰/۰۰۱	۷/۰۸	۹۵۰/۲۹	۱	۹۵۰/۲۹	۹۵۰/۲۹	درد
۰/۹۹	۰/۶۱	۰/۰۰۱	۲۴/۸۸	۲۹۴۲/۰۷	۱	۲۹۴۲/۰۷	۲۹۴۲/۰۷	سلامت عمومی
۱/۰۰	۰/۷۳	۰/۰۰۱	۷۳/۳۵	۷۴۲۵/۴۳	۱	۷۴۲۵/۴۳	۷۴۲۵/۴۳	کیفیت زندگی فرزندان

## بحث و نتیجه‌گیری

که آیا استثناها تفاوت‌هایی هستند که منجر به ایجاد تغییری شوند یا نه. استفاده از پرسش‌های درجه بندی (پرسش‌های مقیاسی) است. ممکن است درمانگر بگوید حالا می‌خواهم از تو یک پرسش درجه بندی بپرسم. روی یک محور از صفر تا ده، صفر وقتی است که تصمیم به جستجوی کمک گرفتی و ده وقتی است که مشکلات طبق رضایت خاطر تو حل شده، عددی را که بهترین توصیف وضعیت فعلی توست به من بگو. حتی وقتی که مشکل مبهم و نامشخص است مراجعان معمولاً می‌توانند یک درجه بندی عددی عینی ارائه دهند (۳۱). در رویکرد راهل - محور، مراجعان برای یافتن راه‌حل‌های مناسب با جهان بینی خود تشویق می‌شوند (۳۲). درمان به جای کاهش مشکلات، بر راهل متمرکز است، سؤال این است: چه کاری بجای آن می‌خواهید انجام دهید؟ (۱۹). شکل دیگری از پرس و جو برای مراجعی که احساس می‌کند در مشکل غرق شده است پرسش معجزه‌ای نام دارد. به این روش مراجع می‌تواند با کمک درمانگر تصویری از آینده بدون مشکل بسازد. پرسش معجزه‌ای در ذهن طراحی می‌شود. فرض کنید، امشب وقتی که به خواب می‌روید، یک معجزه اتفاق می‌افتد. صبح چگونه تشخیص می‌دهی که مشکل حل شده است (۳۳)؟ این شیوه به ما امکان می‌دهد تا در حداقل زمان ممکن، به هدفی که در نظر داریم، دست بیابیم. گویی مسیر سریعی برای برطرف کردن مشکلات و دستیابی به راه‌حل‌های مناسب است (۳۴). در مجموع فنون و تکنیک‌های درمان راهل -

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان راهل - محور به شیوه گروهی بر بهبود کیفیت زندگی فرزندان (و مؤلفه‌های آن) است. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری بین دو گروه آزمایش و گواه در تمامی ابعاد کیفیت زندگی فرزندان (عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های امیری، کارشکی و اصغری (۲۲)، اکبری (۲۳)، محمودی، ثنایی، نظری، داورنیا، بختیاری سعید و شاکرمی (۲۴)، سیدل و هدلی<sup>۱</sup> (۲۵)، گینگریچ و پترسون<sup>۲</sup> (۲۶)، ردی، تیرومورث، ویجالاکسمی و حمزه<sup>۳</sup> (۲۷)، وتزل، پرست و زیمرمن<sup>۴</sup> (۲۸)، صحت، صحت، خانجانی و شاهسیاه (۲۹) همسو است. آن‌ها در مطالعات خود نشان دادند درمان راهل - محور می‌تواند باعث ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی گردد. در تبیین یافته فوق باید گفت در درمان راهل - محور کشف آرام استثنائات در زندگی مراجع می‌تواند امیدواری را به مراجع القا کند تا نزدیک شدن به آینده بهتری را ببیند (۳۰). در جریان هر گفتگویی، درمانگر قصد دارد مراجع را نسبت به یادآوری خودانگیزگی‌های مواقعی که مشکل، به هر دلیلی، رخ نداده و یا کم‌تر مسئله ساز بوده، هشیار کند. یکی از راه‌ها برای مشخص کردن این

<sup>3</sup> Reddy, Thirumoorthy, Vijayalakshmi & Hamza

<sup>4</sup> Zimmerman, Prest & Wetzel

<sup>1</sup> Seidel & Hedley

<sup>2</sup> Gingerich & Peterson

هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است. کوتاه بودن زمان ارزیابی نتایج یکی از محدودیت‌ها و نقاط ضعف پژوهش حاضر بوده است که در صورت طولانی‌تر شدن دوره می‌توان یافته‌های دقیق‌تری به دست آورد. و با توجه به اینکه نتایج به‌دست‌آمده مربوط به دانش‌آموزان پسر پایه هفتم و گروه سنی ۱۲ تا ۱۴ سال می‌باشد. لذا تعمیم نتایج آن به سایر افراد، جوامع یا سطوح تحصیلی و گروه سنی باید با احتیاط صورت گیرد. فرزندان کوچک‌ترین عضو خانواده و درعین‌حال ضعیف‌ترین عضو آن هستند و سهم بزرگی در رشد و شکوفایی جامعه بزرگ انسانی در آینده دارند. از این رو پیشنهاد می‌شود که تیم‌های درمان جهت ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی اقدام نمایند. همچنین با توجه به ویژگی‌های مثبت و کاربردی رویکرد راه‌حل - محور در کار با دانش‌آموزان، مسئولان آموزش و پرورش می‌توانند کلاس‌های ضمن خدمت، جهت آموزش این رویکرد به مشاوران مدارس برگزار کنند. و نیز تأثیر روش درمانی راه‌حل - محور با سایر روش‌های درمانی، در بهبود کیفیت زندگی مقایسه شود.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد. گروه پژوهشی بر خود لازم می‌داند که از اساتید، شرکت‌کنندگان در پژوهش و اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ اهواز کمال تشکر و قدردانی را داشته باشد.

محور به شیوه گروهی موجب گردید تا مراجعان تفکر و نگرش خود را درباره‌ی مسائل و مشکلات زندگی تغییر دهند و با ایجاد احساس خوب در مراجعان نسبت به خودشان و با نمایان کردن نقاط قوت و موفقیت‌های آنان تمرکز مراجعان را از مشکل و ضعف‌های ناشی از آن به سمت راه‌حل‌های موجود هدایت کرده و از این طریق به مراجعان کمک می‌شود که خودشان را فردی توانمند ارزیابی کرده که به نوبه خود مراجعان به لحاظ روحی و روانی در شرایط بهتری قرار می‌گیرند و به این ترتیب امید به بهبودی و تلاش برای انجام فعالیت‌های مفید در مراجعان قوت می‌یابد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که درمان راه‌حل - محور به شیوه گروهی، ابعاد کیفیت زندگی را در فرزندان گروه آزمایش بهبود بخشیده است و بین فرزندان که در جلسات مشاوره شرکت داشته‌اند و فرزندان که درمان را دریافت نکرده‌اند از نظر متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یکی از اهداف پرداختن به کیفیت زندگی فرزندان، دستیابی به امنیت، سلامت، بهداشت و نشاط در خانواده و جامعه است و یکی از راه‌های دستیابی به این اهداف، کاهش تنش و تعارض بین اعضای خانواده می‌باشد. جهت تحقق این امر، امروزه طرحها و روش‌های درمانی مختلفی به اجرا گذاشته شده است اما رویکرد راه‌حل - محور به دلیل کوتاه مدت بودن و سادگی مفاهیم و تکنیک‌های درمانی بیشتر مورد استقبال مراجعان قرار گرفته است و توانسته است امید به تغییر را در آن‌ها زنده کند.

### References:

1. Abvalmaly B, Musazadeh Z. Aggressive: nature, causes and prevention of aggression from an Islamic perspective. Tehran: Argmand; 2012.
2. Khademian H, Kimiaei SA, Khodaei MS. The psychological function of the family and its comorbidity with the quality of life and self efficacy of adolescents. J Fam Res 2011; 13: 121-40.
3. Ghaffari G, Omidi R. Quality of Life social development index. Tehran: Publication shirazeh; 2009.
4. Liegeois A. Quality of Life without spirituality? A Theological Reflection on the Quality of Life of person's with intellectual disabilities. J Relig Disabil Health 2014; 18: 303-17.
5. Hsiao Y. Pathways to mental health-related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder: roles of parental stress, children's performance, medical support, and neighbor support. Res Autism Spectrum Disorders 2016; 23: 122-30.
6. Marcheschi E, Laike T, Brunt D, Hansson L, Johansson M. Quality of Life and place attachment among people with severe mental illness. J Environ Psychol 2015; 41: 145-54.
7. Costanza R, Fisher B, Ali S, Beer C, Bond L, Boumans R, et al. Quality Of Life: An approach integrating opportunities, human needs and subjective well-being. Ecol Econ 2007; 61: 267-76.
8. Yaghmaei F, Aminzadeh S, Alavimajd H, Rasoli M, Noorian M. Translation and psychometric



- properties children Health related quality of life questionnaire Kindle. J Paesh 2013; 6: 841-7. (Persian)
9. Prosser L, Corso P. Measuring health – related quality of life for child maltreat: A systematic literature review. Health Qual life Outcome 2007;5: 42-50.
  10. Talepasand S, Safai S. Compare the quality of life of children with normal bothers. Bimonthly J Shahed Univ 2014; 109: 1-11. (Persian)
  11. Naghibi F, Golmakani N, Ismaili H, Moharreri F. The relationship between lifestyle and health related quality of life in adolescent girls in the city of Mashhad. J Obstet Gynecol Infertil 2014; 16(61): 9-19. (Persian)
  12. Molnar A, De Shazer S. Solution – Focused Therapy: Toward the identification of therapeutic tasks. J Marital Fam Ther 1987; 13: 349-58.
  13. Meyer D, Cottone R. Solution – Focused Therapy as a Culturally Acknowledging Approach With American Indians. J Multicult Counsel Dev 2013; 41: 47-55.
  14. Visser C. The Origin of the Solution – Focused Approach. Int J Solution – Focused Practices 2013; 16(1): 10-17.
  15. Archuleta KL, Burr EA, Carlson MB, Ingram J, Kruger LI, Grable J, et al. Solution – Focused Financial Therapy: A Brief Report of a pilot study. J Financ Ther 2015; 6 (1): 1-16.
  16. Trepper TS, Mc Collum EE, De Jong P., Korman H, Gingerich W, Franklin C. Solution – Focused Therapy treatment manual for working with individuals. 2010 [cited 2014 July 20]. Available from: URL: <http://www.sfbta.org/PDFs/FileDownloader.asp>.
  17. Bliss EV, Bray D. The smallest solution focused particles: Towards a minimalist definition of when therapy is solution focused. J Sys ther 2009; 28(2): 62-74.
  18. Nicholas A. Solution – Focused brief therapy with children who stutter. Procedia – Soc Behav Sci 2015; 193, 209-16.
  19. Bannink FP. Solution – Focused Brief Therapy. J Contemp Psychother 2007; 37(2), 87-94.
  20. Oliyazadeh M, Raeisi Z. The effectiveness of solution focused therapy on quality of life in couples in Isfahan. The first international congress of psychology. Tehran: Iran; 2015.
  21. Mahmoudi M, Zahrakar K, Shabani H. The effectiveness of life skills training to improve the quality of student life. Dev Psychol 2014; 37: 71-9. (Persian)
  22. Amiri A, Kareshki H, Asghar M. Effectiveness of group counseling solution – based on the general health of highschool student in single-parent boys. Quarterly psychol methods and models 2015; 4(15): 34-58. (Persian)
  23. Akbari S. Solution – focused therapy on happiness and quality of life in women with multiple sclerosis. (Dissertation). Ahvaz: Shahid Chamran Ahvaz Univversity; 2015.
  24. Mahmoudi M, Sanaee B, Nazari A, Davarniya R, Bakhtiari B, Shakarami M. Effective short term treatment solution – focused on reducing marital burnout and quality of life of married women. J Brings Knowl 2016; 5: 416-31. (Persian)
  25. Seidel A, Hedley D. The use solution – focus therapy with Mexico adults: A preliminary study the American. J Fam Ther 2008; 36(3): 242-52.
  26. Gingerich WJ, Peterson LT. Effectiveness of solution – focused brief therapy: A systematic quality review of controlled outcome studies research on social work practice. Child Youth Serv Rev 2013; 23: 266-83.
  27. Reddy PD, Thiramoorthy A, Vijayalakshmi P, Hamza MA. Effectiveness of Solution – Focused Brief Therapy for an Adolescent Girl with Moderate Depression. Indian J Psychol Med 2015; 37(1): 87-8.

28. Zimmerman TS, Prest LA, Wetzel BE. Solution – Focused Couple Therapy Group: An empirical study. *J Fam Ther* 1997; 19(2): 25-44.
29. Sehat F, Sehat N, Khanjani S, Mohebi S, Shahsiah M. The effect of solution – focused short term approach on marital conflict decrease in Qom. *Health Sys Res* 2014; 10(2): 268-75. (Persian)
30. Nazari AM, Rasooli M, Davarniya R, Hoseni A, Babaei Garmekhani M. Effectiveness of short-term solution – focused therapy on marital burnout and a desire to divorce among married women. *J Psychiatr Nurs* 2015; 3(3): 41-52. (Persian)
31. Quiek E. Doing what work in brief theory: a strategic solution focused. Translated by Somyeh Shahmoradi, Maryam Fatehizadeh, Leila Myrnam & Masoud Sadeghi, Tehran: Savalan; 2008.
32. Corcoran T, Pillai V. A review of the research on solution – focused therapy. *British J Soc Work* 2009; 39(2): 234-42.
33. Lethem J. Brief Solution Focused Therapy. *Child Adolesc Ment Health* 2002; 7(4): 189-192.
34. Davis TE, Osborn CJ. School counseling with solution – focused approach. Translated by Nastaran Adibrad & Alimohammad Nazari, Tehran: Science; 2007.

## THE EFFECTIVENESS OF SOLUTION – FOCUSED GROUP THERAPY ON IMPROVE THE CHILDREN QUALITY OF LIFE

*Asad Asadi Hasanvand<sup>1</sup>, Mansour Sodani<sup>2</sup>, Zabihollah Abbaspoor<sup>3</sup>*

*Received: 15 Apr, 2017; Accepted: 25 Jun, 2017*

### **Abstract**

**Background & Aim:** Quality of Life reflects the desires, hopes and expectations of children and adolescents in relation to current and future realities of their lives and increasing and improving mental health in children causes, progress and excellence of the family and therefore society. This study aimed determine the effectiveness of solution – focused group therapy on improving the quality of life of children was conducted.

**Materials & Methods:** The research is a pilot project to test and control groups using pre-test, post-test and follow-up. The population of this study included all students boy that in year 94-93 were studying in secondary schools of Ahvaz, The sample consisted of 30 students who using multi-stage sampling were randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group underwent seven 90-minute sessions per week for a meeting, intervention treatment solutions – focused group therapy were based. To gather data from the quality of life questionnaire (SF-36) was used. Data were analyzed using descriptive statistics and analysis of covariance.

**Results:** Analysis of the data showed that the treatment solution - focused group therapy, quality of life for children and its components(physical function, role limitation due to physical condition, role limitation due to emotional problems, vitality, emotional health, social function, pain and general health) in the post-test and follow-up was significantly increased.

**Conclusion:** It seems that the treatment solution – focused group therapy can be used to improve the children quality of life.

**Keywords:** solution – focused therapy, quality of life, general health

**Address:** Ahvaz, Shahid Chamran University of Ahvaz, Faculty of Education and Psychology

**Tel:** (+98) 09161117517

**Email:** sodani\_m@scu.ac.ir

---

<sup>1</sup> MA in counseling and Guidance, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran