

بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی روان درمان گری کوتاه مدت راه حل - مدار، مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی و مدل تلفیقی این دو روش بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر خوابگاهی شهر تهران

دکتر صدیقه صفارپور^(۱)

استادیار مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی

دکتر کیومرث فرحبخش

استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر عبدالله شفیع آبادی

استاد دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر حسن پاشا شریفی

دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای اثربخشی روان درمان گری کوتاه مدت راه حل - مدار و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی و مدل تلفیقی این دو روش بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان بود. جامعه آماری، دانشجویان دختر خوابگاهی دانشگاه‌های شهر تهران بودند. نمونه مورد پژوهش ۶۰ نفر که به روش تصادفی در چهار گروه (سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) قرار داده شد. اعضای گروه آزمایشی در (درمان راه حل - مدار، ۶ جلسه؛ روش چهار بعدی کفایت اجتماعی، ۱۴ جلسه؛ روش تلفیقی، ۱۶ جلسه) شرکت نمودند. در این پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس جهت آزمون اختلاف میانگین‌های گروه‌ها استفاده گردید. نتایج نشان داد که هر سه روش درمانی بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان مؤثر است. در بین درمان راه حل - مدار و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی از لحاظ تأثیر بر سازگاری اجتماعی دانشجویان

E-mail: sedigheh-saffarpour@yahoo.com.

۱. نویسنده مسئول.

تفاوتی دیده نشد. روش تلفیقی از هر دو روش دیگر بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر خوابگاهی مؤثرتر بود.

واژگان کلیدی: سازگاری اجتماعی، درمان راه حل - مدار، مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی، مدل تلفیقی

مقدمه

برای بسیاری از جوانان به دلیل استقلال در زندگی و قبول مسئولیت‌ها، انتقال به دانشگاه چالش رشدی مهمی را در اواخر جوانی ایجاد می‌کند (هایکمن^(۱) و همکاران، ۲۰۰۰). جوانان اغلب در دوران مدرسه با خانواده زندگی می‌کنند و پس از جدا شدن از خانواده و دوستان با مسائل مهم و پیچیده‌ای مانند سازگاری با محیط جدید، زندگی در خوابگاه، دروس جدید، نیازهای اجتماعی و ترک عادت‌های خاص روبه‌رو می‌شوند (کمپس^(۲) و همکاران، ۱۹۸۶). این نیاز به سازگار شدن دانشجویان با محیط دانشگاهی را آشکار می‌سازد و عدم سازگاری با محیط جدید در سلامت روانی دانشجویان تأثیر به‌سزایی دارد. سازگاری در دانشگاه فرایند چند بعدی است که در این فرایند دانشجویان باید راهکارهای مؤثری را برای تطابق با شرایط جدید و محیط خود پیدا کنند، ولیکن سازگاری اجتماعی در میان ابعاد دیگر سازگاری بیشتر حائز اهمیت است زیرا این نیازهای اجتماعی هستند که بر رفتار او مسلط شده و بیشتر وقت و انرژی و فکر او را به خود مشغول می‌کنند (باکر و سیرک^(۳)، ۱۹۸۹).

تحقیقات نشان می‌دهد که دانشگاه معمولاً تأثیر مثبتی را روی یادگیری و رشد دانشجویان دارد. اما نشان داده شده که خصوصیات دانشجویان مانند جنس، نژاد، قومیت و رنگ تأثیرات مستقیم و غیرمستقیمی را بر روی کار دانشگاهی و میزان سازگاری اجتماعی آنها دارد (پاسکارلا و شاپمان^(۴)، ۱۹۸۳). همچنین میزان فردیت یافتن دانشجویان و الگوهای فرهنگی، علایق، مهارت‌ها و خواسته‌های آنها ممکن است روی توانایی‌های مقابله و فرایند سازگاری اجتماعی آنها تأثیر بگذارد. علاوه بر این سوابق دانشجویان و خصوصیات جمعیت‌شناختی محیط زندگی آنها در جریان یک پارچگی دانشجویان و جریان

1. Hickman

2. Compas

3. Baker & Syrk

4. Pascarella & Chapman

شدن آنها تأثیر دارد (تینتو^(۱)، ۱۹۷۵، ۱۹۸۷). وجود فرصت‌های محدود، احساس بی‌عدالتی‌ها و بی‌انصافی‌ها باعث کاهش سازگاری و ایجاد فشارهای روانی در بین دانشجویان می‌شود (ساندلر و هال^(۲)، ۱۹۸۶). تعارضات بین فردی به خصوص در محیط خوابگاه یکی دیگر از مشکلات و ابعاد سازگاری اجتماعی دانشجویان است. بسیاری از دانشجویانی که می‌خواهند در خوابگاه مستقر شوند با استرس‌های فراوانی از قبیل رضایت از هم‌اتاقی، رابطه با مسئولین خوابگاه، موضوع تغذیه و محل مطالعه روبه‌رو می‌شوند. کم‌توجهی به این مشکلات و به خصوص سازگار بودن هم‌اتاقی‌ها با هم در بعضی از دانشکده‌ها، و به ویژه در مورد دانشجویان سال اول باعث می‌شود که آنها با مشکلات عدیده‌ای در طول ۹ ماه سال تحصیلی روبه‌رو شوند (پینو^(۳)، ۲۰۰۴). این چالش‌ها به علت پراسترس بودن این دوره برای دانشجویان در شروع دوره دانشجویی فراهم می‌شود که ممکن است باعث بیماری‌های مزمن و مشکلات سازگاری آنها شود. برای حل مشکلات سازگاری دانشجویان از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود. مشاوره و روان‌درمانی یکی از این روش‌ها است. نظریات مشاوره و روان‌درمانی براساس فرضیات خاص خود، آسیب را در بخش‌های متفاوتی از زندگی دانشجویان جستجو می‌کنند و به روش‌های متفاوتی در پی درمان هستند. درمان راه‌حل - مدار رویکردی به روان‌درمانی است که به جای حل مشکل بر ساختن راه‌حل‌ها مبتنی است. این رویکرد به جای مشکلات فعلی و ریشه‌های قبلی منابع جاری و امیدهای آینده را کشف می‌کند (ایوسن^(۴)، ۲۰۰۲).

این رویکرد که روز به روز شهرت بیشتری می‌یابد، رویکردی است مختصر، کوتاه‌مدت، و راهبردنگر که به قصد کمک به درمانجو برای یافتن راه‌حل مناسب با مشکلات اختصاصی کنونی طراحی شده است. درمان مزبور، حاصل کار مددکاری اجتماعی به نام استیو دشار و همکاران او (شامل همسرش برگ^(۵)، لیپچیک^(۶)، اهنلون و واینر - دیویس^(۷)، ۱۹۸۹، به نقل از لیپچیک، ۱۹۹۳) در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت واقع در میلواکی است.

1. Tinto

2. Sandler & Hall

3. Pino

4. Iveson

5. Berg

6. Lipchik

7. O'Hanlon & Weiner-Davis

از سازگارهای بالینی حاصل شده و از روش‌های جدید درمان‌گری می‌باشند، پژوهشگر در پی مقایسه آنها نیز برآمد. با توجه به فرضیات زیربنایی این روش‌های درمانی، پیش‌بینی می‌شود مشاوره گروهی با رویکردهای حاضر منجر به افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر خوابگاهی شود.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- روان‌درمان‌گری کوتاه‌مدت «راه‌حل - مدار» باعث افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان می‌شود.
- ۲- روان‌درمان‌گری مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی باعث افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان می‌شود.
- ۳- روان‌درمان‌گری تلفیقی (کوتاه‌مدت «راه‌حل - مدار» و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی) باعث افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان می‌شود.
- ۴- میزان اثربخشی روان‌درمان‌گری کوتاه‌مدت «راه‌حل - مدار» و روان‌درمان‌گری مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان متفاوت است.
- ۵- میزان اثربخشی روان‌درمان‌گری تلفیقی (کوتاه‌مدت «راه‌حل - مدار» و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی) با روان‌درمان‌گری کوتاه‌مدت «راه‌حل - مدار» بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان متفاوت است.
- ۶- میزان اثربخشی روان‌درمان‌گری تلفیقی (کوتاه‌مدت «راه‌حل - مدار» و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی) با روان‌درمان‌گری مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان متفاوت است.

روش پژوهش

طرح تحقیق حاضر از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است که در آن سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل وجود دارد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل دانشجویان دختر خوابگاهی دانشگاه‌های دولتی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷ می‌باشد. افرادی که از نظر سازگاری

اجتماعی دچار اختلال باشند. در هشتگ تصمیم گرفت یک نمونه نسبتاً بزرگ از این جامعه را انتخاب کرده و افرادی را که سازگاری اجتماعی مشکل دارند از بین نمونه مذکور انتخاب کند. برای این کار ابتدا فهرستی از دانشگاه‌های دولتی تهران تهیه شد. از بین ۱۶ دانشگاه مذکور ۳ دانشگاه به روش تصادفی انتخاب شدند. این دانشگاه‌ها، شامل دانشگاه تهران، علوم پزشکی شهید بهشتی، و الزهراء بودند. سپس با مراجعه به خوابگاه‌های این ۳ دانشگاه، طبق آمار دانشجویان هر خوابگاه تعدادی متناسب با آمار کل به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مجموع ۵۰۰ نفر از دختران خوابگاهی در نمونه اولیه قرار گرفتند. این دانشجویان غیربومی، مجرد، در سنین ۱۸ تا ۲۲ سال، ورودی‌های سال ۸۵ به بعد و بین نیمسال دوم تا ششم بودند.

ابزار اندازه‌گیری

- پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل: برای اندازه‌گیری سازگاری اجتماعی دانشجویان از خرده‌مقیاس ۳۲ سؤالی سازگاری اجتماعی بل^(۱) (۱۹۶۱) استفاده شده است. این پرسشنامه در سال ۱۳۷۸ توسط نقشبندی هنجاریابی شده و روایی و پایایی آن به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۶ به دست آمده است. در این مقیاس، پاسخ آزمودنی به صورت بلی، خیر می‌باشد. زمانی که آزمودنی به هر کدام از سؤالات ۳، ۱، ۴، ۶، ۵، ۷، ۲۴، ۲۲، ۲۰، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۲، ۱۱، ۳۱، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۵ پاسخ بدهد یا به هر کدام از سؤالات ۲۳، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۹، ۸، ۲، ۳۲، ۳۰، ۲۶ پاسخ خیر بدهد یک نمره می‌گیرد. کسانی که در این مقیاس نمره بالاتر از ۱۳/۷۶ به دست آورند در ارتباط خود دچار ناسازگاری و در صورت کسب نمره پایین‌تر از ۱۳/۷۶ سازگارند. در مورد پایایی این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است (ترخان، ۱۳۸۵، به نقل از نقشبندی، ۱۳۷۸).

شیوه اجرا

- ۱- تشکیل گروه‌های مداخله‌ای روان‌درمانگری کوتاه مدت «راه حل - مدار» (۶ جلسه ۲ ساعته، هفته‌ای یک جلسه)
- ۲- تشکیل گروه‌های مداخله‌ای روان‌درمانگری چهاربعدهای کفایت اجتماعی (۱۴ جلسه ۲ ساعته، هفته‌ای یک جلسه)
- ۳- تشکیل گروه‌های مداخله‌ای روان‌درمانگری تلفیقی (۱۶ جلسه ۲ ساعته، هفته‌ای یک جلسه)

منتشر شده توسط پایگاه نشر علمی
دکتر عبدالرشید شایع آبادی
www.dr-ashrafshadpour.ir

تعیین نمونه مورد مطالعه جهت نمونه‌گیری این پژوهش، یک هفته قبل از شروع گروه‌های مداخله‌ای تعداد ۵۰۰ نسخه از پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل در خوابگاه‌های شهر تهران با هماهنگی مسئولین خوابگاه‌ها داده شد. سپس با توجه به نمره برش این آزمون و با استفاده از روش غربال‌گری تعداد ۸۳ نفر از آنها برای شرکت در گروه مناسب تشخیص داده شدند. از بین این افراد به قید قرعه ۶۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به ۴ گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند که به قید قرعه در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. انتخاب تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه به علت احتمال ریزش افراد در گروه‌ها بود. پس از انتخاب نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در گروه‌های آزمایش و کنترل، همه آزمودنی‌ها پرسشنامه سازگاری اجتماعی را در مرحله پیش آزمون تکمیل کردند. سپس گروه‌هایی که به عنوان گروه آزمایش تعیین شده بودند یکی از روش‌های راه‌حل - مدار، مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی فیلتر یا گروه تلفیقی را دریافت نمودند و گروه کنترل در انتظار درمان باقی ماند. لازم به توضیح است که در آخرین جلسه مشاوره‌های گروهی، مجدداً همه آزمودنی‌ها (از جمله آزمودنی‌های گروه کنترل)، همان پرسشنامه‌ها را پر کردند.

روند جلسات

جلسات در روش راه‌حل - مدار: در ابتدای تشکیل گروه، اعضای گروه در مورد کار، زندگی و سایر مسائل روزمره، بدون پرداختن به مشکلات، به صحبت می‌پردازند؛ در مورد انتظارات از تغییر، صحبت و شکایات مطرح می‌شود، درمانگران فعالانه گوش می‌دهند، دیدگاه اعضای گروه در مورد آینده ترجیحی آنها مشخص می‌شود. جلسه بعد نوبت به پردازش اهداف می‌رسد: به این صورت که به اعضا کمک می‌شود تا اهداف را به گونه‌ای مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری بیان کنند. وقتی مراجعان مطرح می‌کنند به چه دلیل به این گروه آمده‌اند، درمانگران شروع به کار بر روی باور آنها در رابطه با مشکل و نه خود شکایات آنها می‌کنند. زبانی که آنها انتخاب می‌کنند مخصوصاً برچسب‌ها بسیار مهمند. در جلسات بعدی فرایند تدریجی تعیین اهداف آغاز می‌شود. مثلاً جلسه با این سؤال شروع می‌شود که آنان دوست دارند چه چیزی برایشان اتفاق بیفتد و برای رسیدن به آن چه کاری می‌شود کرد. از اعضای گروه خواسته می‌شود تا مقیاسی از صفر که بیانگر سخت‌ترین و

ارزیابی کند و بگوید که کجای این...
ارزهای موفقیت آمیز ادامه یابد. استثناءها مشاهده شده و راهبردهای جایگزین تجربه
می شود و پیامدها هم یادداشت می شود.

منتشر شده است
دکتر احمد شایسته
www.dr-ashafabadi.ir

جلسات در مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی: با اقتباس از فیلتر و همکاران (۱۹۹۰)
تنظیم شده که شامل جلسات آموزش مهارت های زیر می باشد:
۱- مهارت ها و توانایی های شناختی، مهارت های تصمیم گیری
۲- مهارت های رفتاری (آموزش حل مسئله، رفتار جرأت مندانه)
۳- کفایت های هیجانی، نظم بخشی عاطفه (کنترل خشم، کنترل استرس)
۴- آمایه های انگیزشی و انتظار، احساس کارآمدی و کنترل (ارزش های فردی، ارزش های
جامعه، سطوح رشد اخلاقی، احساس خودکارآمدی و کنترل درونی یا بیرونی)
جلسات در روش تلفیقی: مشاور ترکیبی از تکنیک های هر دو روش را همزمان استفاده
کرد.

لازم به توضیح است که در جلسه پایانی مشاوره های گروهی، مجدداً همه آزمودنی ها (از
جمله آزمودنی های گروه کنترل)، همان پرسشنامه ها را پر کردند.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

چون در این تحقیق از طریق پیش آزمون - پس آزمون با استفاده از گروه های آزمایش و
کنترل استفاده شده است، بنابراین برای تحلیل نتایج داده ها می توان از تحلیل کوواریانس
استفاده کرد. در تحلیل کوواریانس تأثیر عامل پیش آزمون بر پس آزمون و یا خطای ناشی از
پیش آزمون حذف می شود و چنانچه میانگین های نمره های پس آزمون از نظر آماری معنادار
باشد نشان دهنده اثربخشی تدابیر آزمایشی و یا روش های درمان است.

یافته های پژوهش

فرضیه ۱: روان درمانگری کوتاه مدت «راه حل - مدار» باعث افزایش سازگاری اجتماعی
دانشجویان می شود.

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می‌شود ($F = ۶/۸۹۸۴$) است که در سطح اطمینان ۹۹٪ ($P = ۰/۰۱$) معنادار است و بنابراین، فرض صفر رد و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه می‌گیریم که بین میزان سازگاری اجتماعی گروه‌های آزمایش و کنترل، پس از اجرای مشاوره گروهی تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۲: روان‌درمانگری مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی باعث افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان می‌شود.

جدول ۱ - تحلیل کواریانس برای متغیر وابسته، سازگاری اجتماعی در پس آزمون

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه	۶۹/۵۸۷	۱	۶۹/۵۸۷	۶/۸۹۸۴	۰/۰۱۴
سازگاری در پیش آزمون	۲۸۸/۴۶۹	۱	۲۸۸/۴۶۹	۲۸/۹۹۵۴	۰/۰۰۱
خطا	۲۳۹/۱۱۴	۲۴	۹/۹۶۳		

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود ($F = ۶/۲۶۴$) است که در سطح اطمینان ۹۹٪ ($P = ۰/۰۱$) معنادار است و بنابراین، فرض صفر رد و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه می‌گیریم که بین میزان سازگاری اجتماعی گروه‌های آزمایش و کنترل، پس از اجرای مشاوره گروهی تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۳: روان‌درمانگری تلفیقی (کوتاه‌مدت «راه‌حل - مدار» و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی) باعث افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان می‌شود.

جدول ۲ - تحلیل کواریانس برای متغیر وابسته، سازگاری اجتماعی در پس آزمون

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه	۸۱/۳۷۱	۱	۸۱/۳۷۱	۶/۲۶۴	۰/۰۲۰
سازگاری در پیش آزمون	۱۰۷/۰۸۶	۱	۱۰۷/۰۸۶	۸/۲۴۳	۰/۰۰۹
خطا	۲۹۸/۷۹۲	۲۳	۱۲/۹۹۱		

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می شود ($F = ۱۲/۸۱۹$) سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار است و بنابراین، فرض صفر رد و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه می گیریم که بین میزان سازگاری اجتماعی گروه های آزمایش و کنترل، پس از اجرای مشاوره گروهی تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه های ۴، ۵ و ۶: اثربخشی روش های راه حل - مدار، مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی و روش تلفیقی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان متفاوت است.

جدول ۳- تحلیل کواریانس برای متغیر وابسته، سازگاری اجتماعی در پس آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۱۴۵/۷۷۴	۱	۱۴۵/۷۷۴	۱۲/۸۱۹	۰/۰۰۲
سازگاری در پیش آزمون	۴۹/۴۱۴	۱	۴۹/۴۱۴	۴/۳۴۵	۰/۰۴۸
خطا	۲۷۲/۹۱۹	۲۴	۱۱/۳۷۲		

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود ($F = ۱۰/۳۷۴$) است که در سطح اطمینان ۹۹٪ ($P = ۰/۰۱$) معنادار است و بنابراین، فرض صفر رد و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه می گیریم که بین میزان اثربخشی گروه های آزمایش و کنترل، پس از اجرای مشاوره گروهی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴- تحلیل کواریانس برای متغیر وابسته، سازگاری اجتماعی در پس آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۳۲۳/۹۵۳	۳	۱۰۷/۹۸۴	۱۰/۳۷۴	۰/۰۰۱
سازگاری در پیش آزمون	۳۰۳/۳۶۳	۱	۳۰۳/۳۶۳	۲۹/۱۴۳	۰/۰۰۱
خطا	۴۶۸/۴۳۲	۴۵	۱۰/۴۱۰		

برای مقایسه دو به دو گروه راه حل - مدار با گروه چهار بعدی سطح معناداری برابر ۰/۹۲۲ به دست آمده و بیشتر از سطح خطاپذیری ۰/۰۵ است، بنابراین فرضیه ۴ رد می شود.

اما برای مقایسه گروه‌های راه‌حل - مدار و گروه چهار بعدی کفایت اجتماعی با گروه تلفیقی به ترتیب برابر با ۰/۰۰۶ و ۰/۰۱۱ به دست آمده در نتیجه فرضیه‌های ۵ و ۶ تأیید می‌شوند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین متغیر سازگاری در گروه تلفیقی نسبت به گروه‌های راه‌حل - مدار و چهار بعدی کفایت اجتماعی کمتر است که نشان‌دهنده بالاتر بودن سازگاری اجتماعی در گروه تلفیقی نسبت به گروه‌های راه‌حل - مدار و چهار بعدی کفایت اجتماعی است.

جدول ۵- آزمون مقایسه دو به دو میانگین‌های تعدیل شده متغیر سازگاری اجتماعی بین

گروه‌های مختلف

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
راه‌حل مدار	چهار بعدی	۰/۱۳۳	۱/۳۵۰	۰/۹۲۲
	تلفیقی	۳/۸۶۸	۱/۳۴۸	۰/۰۰۶
	کنترل	-۳/۴۳۲	۱/۲۵۵	۰/۰۰۹
چهار بعدی	تلفیقی	۳/۷۳۵	۱/۴۰۰	۰/۰۱۱
	کنترل	-۳/۵۶۵	۱/۲۸۱	۰/۰۰۸
تلفیقی	کنترل	-۷/۳۰۰	۱/۳۱۴	۰/۰۰۱

در مقایسه هر یک از گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، سطوح معناداری به ترتیب برابر ۰/۰۰۹، ۰/۰۰۸ و ۰/۰۰۱ به دست آمده‌اند که همگی کوچکتر از ۰/۰۱ هستند. بنابراین با اطمینان ۹۹٪ می‌توان نتیجه گرفت که سازگاری اجتماعی در هر ۳ گروه آزمایشی با گروه کنترل به صورت معناداری متفاوت است.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول: روان‌درمانگری کوتاه‌مدت راه‌حل - مدار باعث افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان می‌شود.

براساس نتایج حاصله می‌توان گفت سازگاری اجتماعی دانشجویانی که در جلسات گروهی درمان راه‌حل - مدار شرکت کردند افزایش یافت. چنین یافته‌هایی با فرضیات اساسی

رو بگرد راه حل - مدار همسو است. بر اساس این روش، دانشجویان و به خصوص
 در خواست در خصوص راه حل به کاهش تعارضات می انجامد. دانشجویان و به خصوص
 در خوابگاه مستقر هستند با مشکلات و تعارضات فراوان محیطی و درسی روبه رو
 هستند. آنها پس از شرکت در جلسات درمان تحت رهبری درمانگر به ساخت راه حل های
 احتمالی و ممکن برای حل مشکلات اجتماعی خود که در دوری از خانواده و ارتباط با محیط
 جدید با آن دست به گریبان هستند، می پردازند. راه حل های کارآمد، حاصل توصیف مجدد
 خویش هستند و در نتیجه آنها به خلق داستان های نو و نیروبخشی راجع به خود دست
 می زنند. در رابطه دانشجویانی (به خصوص دانشجویان تازه وارد) که از ورود به محیط
 جدید دچار هراس شده اند و در حل مشکلات و ایجاد روابط اجتماعی و عاطفی با دیگران
 دچار سردرگمی هستند، درمانگر با تبدیل هدف به یک عمل جزئی، درمانجو را تشویق
 می کند تا دست به تغییراتی بزند که احتمالاً آنها را خود ساخته تلقی می کند. درمانجویان پس
 از دست یافتن به یک هدف جزئی (مثلاً پیدا کردن یک دوست) تشویق می شوند که به اهداف
 بزرگتری (مثلاً سخنرانی در کلاس درس) دست بزنند و این خود باعث گسترش ارتباطات
 اجتماعی آنها می شود. استفاده از پرسش های استثنایاب توسط درمانگر، به افراد کمک
 می کند تا از درماندگی رهایی یافته و دریابند که در گذشته موفقیت هایی داشته و توانسته اند
 روابط اجتماعی خوبی با دیگران داشته باشند و این خود باعث رشد اجتماعی آنها می شود.
 یافته های پژوهش حاضر که تأثیر روش راه حل - مدار را در دانشجویان دختر خوابگاهی
 مورد ارزیابی قرار داد با نتایج گستاوتاس و پاکروس میس^(۱) (۲۰۰۷) که سازگاری اجتماعی
 نوجوانان بی سرپرست را بررسی کردند، نیستوئن و هاگن^(۲) (۲۰۰۶) که بر روی کارمندان با
 مشکلات روانی یا جسمانی، بیکر و بانینک^(۳) (۲۰۰۸) که برای جلوگیری از بحران در کار
 اولیه روان پزشک، حسنی و ولمن^(۴) (۲۰۰۷) و فراز^(۵) و ولمن (۲۰۰۸) که بر روی پرستاران
 بخش سلامت روان (بهرتر شدن روابط بین بیماران و پرستاران و کوتاه شدن زمان بستری و
 کم شدن تعداد بیماران)، مک آلیستر و بیلت^(۶) (۲۰۰۹) که بر روی پرستاران مستقر در بخش
 خودکشی (درک مشکلات و توانایی های بیماران)، مک گری و مک نیکلاس^(۷) و همکاران

منتشر شده توسط سایت شخصی
 دکتر عبدالله بشیر آبادی
 www.dr-abdollahbadi.ir

1. Gostautas & Pakrosmis
3. Bakker & Bannink
5. Ferraz
7. McGarry & McNicholas

2. Nystuen & Hagen
4. Hosany & Wellman
6. McAllister & Billett

که بر روی سلامت روان افراد در انتظار استفاده از سرویس های سلامت روان کار کردند همخوانی دارد.

فرضیه دوم: روان درمان گری مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی باعث افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان می شود.

بر اساس یافته های این پژوهش شرکت در جلسات روان درمان گری مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی، سازگاری اجتماعی دانشجویان را افزایش داد. چنین یافته هایی با چهار عنصر اساسی این مدل همخوانی دارد. دانشجویان اقشار متفکر و باهوش جامعه هستند و درمانگر با کار بر روی تحریف های شناختی، نگرش، باورهای نا کارآمد و سبک های اسنادی به آنها کمک می کند تا از دست خطاهای شناختی و برچسب زدن های بی مورد به خود رهایی یافته و بتوانند به روابط اجتماعی بهتری دست یابند. همچنین با آموزش مهارت های زندگی مانند جرأت مندی، حل مسأله، مثبت نگری، شناخت ارزش های خود و باور خویشتن، یاد می گیرند که ارتباط سازنده ای با دیگران داشته و کفایت اجتماعی لازم برای شرایط دانشجویی و زندگی در خوابگاه را کسب نموده و در نتیجه سازگاری اجتماعی آنها ارتقا می یابد.

در پژوهشی سایمونز مورتون و کرامپ^(۲) (۲۰۰۳) بر روی نوجوانان، اسپینراد^(۳) و همکاران (۲۰۰۷) بر روی کودکان ۱۸ ماهه، دنیس^(۴) و همکاران (۲۰۰۷) بر روی کودکان در خطر سایکوز، برندگن^(۵) و همکاران (۲۰۰۴) بر روی دانش آموزان پر خاشگر و غیر پر خاشگر کلاس های ۴ تا ۶، سایمونز مورتون و کرامپ (۲۰۰۳) بر روی جامعه پذیری بین همسالان در کلاس ششمی ها، پرینستن و گرسیا^(۶) (۱۹۹۹) ارتباط بین کفایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی مادران (توانایی اجتماعی، ابعاد اجتماعی، تعداد دوستان) را با کفایت اجتماعی کودکان (توانایی های اجتماعی، جامعه پذیری، تعداد دوستان) و گستیگر و گلنسر^(۷) (۱۹۹۹) ارتباط بین کفایت اجتماعی ادراک شده در کودکان را با مشکلات سازگاری اجتماعی بررسی نمودند.

1. Mireau & Inch

2. Simons-Morton and Crump

3. Spinrad

4. Dennis

5. Brendgen

6. Prinstein & Greca

7. Gasteiger & Klicpera

مدیریت مشاوره و روانشناسی
منتشر شده توسط سایت نشر روان
دکتر عبداللہ شفیق آبادی
www.shafiqabadi.ir

پژوهش‌های گزارش شده بالا در مورد افزایش کفایت اجتماعی در گروه‌های مختلف پژوهش‌های گزارش شده بالا در مورد افزایش کفایت اجتماعی بوده و نشان دادند که روش چهار بعدی کفایت اجتماعی مفید است. در تحقیق حاضر که همین روش مورد استفاده برای افزایش سازگاری اجتماعی در دانشجویان دختر خوابگاهی با تفاوت سن بیشتر از یافته‌های قبلی انجام شد نیز نتایج مشابه حاصل شد و نشان داد که روش چهار بعدی کفایت اجتماعی با ۱۴ جلسه گروهی باعث افزایش سازگاری این دانشجویان شد.

فرضیه سوم: روان‌درمانگری تلفیقی (کوتاه‌مدت «راه حل - مدار» و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی) باعث افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش روش تلفیقی دو رویکرد راه حل - مدار و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی سازگاری اجتماعی دانشجویان را افزایش می‌دهد. دانشجویان که در دوران دانش‌آموزی اغلب با خانواده زندگی می‌کنند و از حمایت‌های بی‌دریغ آنها برخوردار هستند پس از ورود به دانشگاه و به خصوص زندگی در خوابگاه به محض ایجاد کوچکترین مشکل اغلب دچار درماندگی شده، عزت نفس آنها کاهش یافته و موفقیت‌های گذشته خود را فراموش می‌کنند و با زدن برچسب‌های فراوان به خود و بزرگ دیدن مشکل به بیماری‌های جسمانی، روانی و برهم خوردن سازگاری اجتماعی آنها می‌انجامد. در تلفیق این دو روش درمانگر می‌کوشد به طور همزمان بر روی اصلاح الگوهای شناختی و سوگیرانه افراد، آموزش رفتارهای درست و کم‌رنگ کردن رفتارهای نادرست، چگونگی ایجاد روابط عاطفی، تکیه بر راه حل‌ها به جای مشکل، تحسین و دیدن موفقیت‌های مراجع کار کند. در این روش ۱۶ جلسه گروهی برای دانشجویان تشکیل شد که نهایتاً به افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان انجامید.

فرضیه چهارم: میزان اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت «راه حل - مدار» و روان‌درمانگری مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان متفاوت است. در مطالعه مقایسه اثربخشی دو روش درمانی راه حل - مدار و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان سازگاری اجتماعی هر دو گروه در مراحل پس از آزمون دیده نشد.

دانشجویان مشکل تحریفات شناختی، نداشتن مهارت‌های درست رفتاری، ارتباط صحیح عاطفی و نداشتن خودکنترلی را دارند و نیز از سه مهارت مهارت حل مسئله،

حمایت‌های خانواده و استقلال فکری در تصمیم‌گیری‌ها آنها را در روابط اجتماعی دچار مشکل می‌کند. لذا استفاده از هر دو روش به طور یکسان بر افزایش سازگاری اجتماعی آنها مؤثر بود.

فرضیه‌های پنجم و ششم: میزان اثربخشی روان‌درمانگری تلفیقی با روان‌درمانگری کوتاه‌مدت «راه‌حل - مدار» و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان متفاوت است.

در مقایسه اثربخشی دو روش درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش می‌توان گفت که روش تلفیقی بر افزایش سازگاری اجتماعی آزمودنی‌ها مؤثرتر از روش راه‌حل - مدار و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی بود. با توجه به بحث فرضیه ۳ به نظر می‌رسد که معنادار شدن فرضیه‌های ۵ و ۶ کاملاً منطقی بوده و روش تلفیقی از هر دو روش دیگر در افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان مؤثرتر باشد.

دانشجویان، که در مرحله گذر از دوران نوجوانی به جوانی به سر می‌برند، با ورود به دانشگاه و تحصیل در آن با تجربیات فشارزای فراوان، به خصوص اگر در خوابگاه زندگی کنند روبه‌رو می‌شوند. در این دوره با مسائل خاص رشدی دوران جوانی، روابط بین‌فردی، دوستان جدید، مسائل مالی و تحصیلی، امتحانات روبه‌رو می‌شوند. در پژوهش حاضر به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت راه‌حل - مدار، مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی و مدل تلفیقی این دو روش بر افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر خوابگاهی پرداخته شد. انواع درمان‌های عقلانی - عاطفی، راهبردی، درمان‌های متمرکز بر هیجانات، درمان‌های ساختاری، برنامه‌ریزی عصبی زبانی، درمان‌های شناختی رفتاری و درمان‌های راه‌حل - مدار و بسیاری از درمان‌های مبتنی بر آموزش مهارت‌های ارتباطی، همگی در حال حاضر به صورت کوتاه‌مدت به کار می‌روند.

دهه گذشته شاهد افزایش چشمگیر گزارشات چاپ شده در مورد روان‌درمانگری کوتاه‌مدت بوده‌ایم و بیشتر تحقیقات تأییدکننده اثربخشی این‌گونه درمان‌ها بوده است (کورکوران و استفسون ۲۰۰۰؛ دیویس و اسبورن ۲۰۰۰؛ کورکوران، تامپسون و لیترل ۱۹۹۸؛ به نقل از بلوم، ۲۰۰۲). بررسی این مطالعات در مورد اثربخشی درمان‌های کنترل شده کوتاه‌مدت نشان می‌دهد که این درمان‌ها علاوه بر این که توانستند علائم بیماری را کاهش دهند، باعث بهبود تبعیت بیماران از درمان شده و رابطه خانوادگی آنها نیز بهتر شد و با توجه

به این که درمان نسبتاً ارزان قیمت بوده باشد. این روش جدید یعنی مقایسه دو روش کوتاه مدت و تلفیق آن دو به روشی جدید سعی داشته به روشی جدید یعنی مقایسه دو روش کوتاه مدت و تلفیق آن دو

روان درمانگری کوتاه مدت راه حل - مدار، مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی و نیز روش تلفیقی موجب افزایش سازگاری اجتماعی در دانشجویان دختر خوابگاهی شدند. میزان تأثیر روش های راه حل - مدار و مدل چهار بعدی کفایت اجتماعی بر روی متغیر سازگاری اجتماعی متفاوت نبود ولیکن روش تلفیقی از هر دو روش دیگر بر سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر خوابگاهی تأثیر بیشتری داشت.

پیشنهادهای

- این روش ها در مراکز مختلف تحصیلی جهت افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان استفاده شوند.

منابع

نقشبندی، س. (۱۳۷۸). هنجاریابی آزمون سازگاری بل بر روی دانشجویان مستقر در شهر تهران. رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران.

Baker, R.W. & Syrk, B. (1989). *Student Adaptation to College Questionnaire (SACQ)*:

Manual. Losangeles: Western Psychological Services.

Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Solution focused brief therapy in psychiatric practice. *Tijdschr Psychiatr*, 50(1), 55-9.

Bloom, B. (2002) Brief Treatment and Crisis Intervention: Brief Recent treatment *Psychotherapy with Children and adolescents Outcome Studies*, vol.2, No.3. pp. 211-220.

Brendgen M.; Vitaro F.; Turgeon L.; Poulin F. & Wanner B. (2004). Is there a dark side of positive illusions? Overestimation of social competence and subsequent adjustment in aggressive and nonaggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 305-320.

- Compas, B.E.; Wagner, B.M.; Slavin, L.A. & Vannatta, K. (1986). A prospective study of life events, social support, and psychological symptomatology during the transition from high school to college. *American Journal of Community Psychology*, 14, 241-257.
- Dennis, T.A.; Brotman, L.M.; Huang, K.Y. & gouley, K.K. (2007). Effortful control, social competence, and adjustment problems in children at risk for psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychol*, 36, 442-454.
- Deshazer, S. (1991). *Putting differences to work*. New York: W.W.Norton.
- Felner, R.D.; Lease, A.M. & Phillips, R.S.C. (1990). *Social competence and the language of adequacy as a subject matter for psychology: A quadripartite trilevel framework*. In T.P. Gullotta, G.R. Adams, & R. Montemayor (Eds.), the development of social cometenec in adolescence (pp. 245-264). Beverly Hills: Sage.
- Ferraz, H. & Wellman, N. (2008). The intergration of solution-focused brief therapy principles in nursing: a literature review. *Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing*, 15(1), 37-44.
- Gasteiger-Klicpera, B. & Klicpera, C. (1999). Social competernce in children with social adjustment disorders. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 27(2), 93-102.
- Gostautas, A. & Pakrosmis, R. (2007). Factors related to the length of solution-focused brief therapy working with adolescents. *Medicina (Kaunas)*, 43(8), 630-636.
- Harvard mental Health letter*: September (2006).
- Hickman, G.P.; Bartholomae, S. & McKenry, P.C. (2000). Influence of parenting styles on the adjustment and academic achievement of traditional college freshmen. *Journal of College Student Development*, 41, 41-54.
- Hosany, Z.; Wellman, N. & et al. (2007). Fostering a culture of engagement: a pilot study of the outcomes of training mental health nurses working in

- two UK acute admission units in brief solution-focused therapy techniques. *Journal Psychiatry Mental Health Nurs*, 14(7), 688-95.
- Iveson, C. (2002). *Advances in psychiatric*: Treatment: solution-focused therapy.
- Lipchik, E. (1993). Both/and solutions. in . S. Friedman (Ed)., *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. New York: Guilford press.
- McAllister, M.; Billett, S. & et al. (2009). Use of a think-aloud procedure to explore the relationship between clinical reasoning and solution-focused training in self-harm for emergency nurses. *Journal Psychiatr Mental Health Nurs*, 16(2), 121-8.
- McGarry, J.; McNicholas, F. & et al. (2008). The clinical effectiveness of a brief consultation and advisory approach compared to treatment as usual in child and adolescent mental health services. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 13(3), 365-76.
- Mireau, R. and R. Inch (2009). Brief solution-focused counseling: a practical effective strategy for dealing with wait lists in community-based mental health services. *Social Working*, 54(1), 63-70.
- Nystuen, P. & Hagen, K.B. (2006). Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [ISRCTN 39140363] *BMC, Public Health*, 6, 69.
- O'Hanlon, W. & Weiner - Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in Psychotherapy*: New York: W.W. Norton.
- Pascarella, E.T. & Chapman, D.W. (1983). A multiinstitutional, path analytic validation of Tinto's model of college withdrawal. *American Educational Research Journal*, 20(1), 87-102.
- Pino, M. (2004). *Collegre roommate satisfaction and computer mediated communication*. A thesis, Faculty of the University of Delaware.
- Prinstein, m.J. & La Greca, A.M. (1999). Links between mothers' and

- children's social competence and associations with maternal adjustment.
Journal Clin Child Psychol, 28(2), 197-210.
- Sandler, B.R. & Hall, R.M. (1986). *The campus climate revisited: Chilly for women faculty, administrators, and graduate students*. Association of American Colleges, 1818 R. St., Washington, D.C. project on the status and education of women.
- Sexton, T.L. & Weeks, G. (2003). *Robbins, Michaels. Handbook of family therapy*. New York and Hove: Brunner-Routledge, 125-145 and 107-108.
- Simons-Morton, B.G. & Crump, A.D. (2003). Association of parental involvement and social competence with school adjustment and engagement among sixth graders. *Journal Sch Health*, 73, 121-126.
- Spinrad, T.L.; Eisenberg, N.; Gaertner, B.; Popp T.; Smith, C.L.; Kupfer, A.; Greving, K.; Liew, J. & Hofer, C. (2007). Relations of maternal socialization and toddlers' effortful control to children's adjustment and social competence. *Dev Psychol*, 43, 1170-1186.
- Tinto, V. (1975). Dropout from higher education: A theoretical synthesis of recent research. *Review of Educational Research*, 45, 89-125.
- Tinto, V. (1987). *Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition*. Chicago: The University of Chicago Press.