

اثربخشی مشاوره گروهی راه حل محور بر سلامت عمومی

دانش‌آموزان پسر تک سرپرست مقطع متوسطه

ابراهیم امیری*^۱، حسین کارشکی^۲، محسن اصغری^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۲۱

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با تاکید بر درمان راه حل محور، بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر تک سرپرست مقطع متوسطه شهر تربت حیدریه صورت گرفت. در این مطالعه جامعه‌ی آماری شامل تمامی دانش‌آموزان تک سرپرست مشغول به تحصیل در دبیرستان‌ها و هنرستان‌های عادی سطح شهر تربت حیدریه در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ بود. ابتدا یک هنرستان و یک دبیرستان به صورت خوشه‌ای انتخاب گردید و از بین دانش‌آموزان تک سرپرست آن مدارس ۳۰ نفر گمارش شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ آزمایش و کنترل قرار گرفتند. روش مشاوره گروهی راه حل محور بر روی گروه آزمایش در ۷ جلسه اجرا گردید. ابزار پژوهش در این تحقیق پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از t مستقل و کواریانس چند متغیره انجام گردید. نتایج نشان داد که مشاوره‌ی گروهی باعث افزایش سلامت عمومی گردیده و بر مولفه‌های سلامت عمومی (کاهش افسردگی، اضطراب) تاثیر معناداری داشته است و در بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های جسمانی تاثیر معنادار نبوده است.

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی، رویکرد راه حل محور، دانش‌آموزان پسر تک سرپرست، سلامت روان.

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه آزاد اسلامی - واحد قوچان.

۲- عضو هیات علمی گروه علوم تربیتی و مرکز علوم شناختی دانشگاه فردوسی مشهد.

۳- استادیار دانشگاه فردوسی مشهد.

* نویسنده‌ی مسئول مقاله، amirieb@chmail.ir

مقدمه

در بین تمامی نهادها، سازمان‌ها و موسسات اجتماعی، خانواده مهم‌ترین، ارزشمندترین و اثربخش‌ترین نقش‌ها را داراست. خانواده طبیعی‌ترین واحد تولید مثل و فراگیرترین واحد اجتماعی به‌شمار می‌آید. زیرا همه اعضای جامعه را دربر می‌گیرد. خانواده دارای اهمیت تربیتی و اجتماعی است. افراد از سوی خانواده گام به عرصه‌ی هستی نهاد و جامعه نیز از تشکل افراد، هستی و قوام می‌یابد و از آن رو که نهاد خانواده مولد نیروی انسانی و معبر سایر نهادهای اجتماعی است، از ارکان عمده و نهادهای اصلی هر جامعه به‌شمار می‌رود (نوبی‌نژاد، ۱۳۸۱). خانواده کانون اصلی حفظ هنجارها، سنت‌ها و ارزش‌های اجتماعی و نیز شالوده‌ی استوار پیوندهای اجتماعی و روابط خویشاوندی و کانونی در جهت بروز و ظهور عواطف انسانی و مکانی برای پرورش اجتماعی کودک است. خانواده نظامی است که عملکرد آن از طریق الگوهای مراوده‌ای صورت می‌گیرد. خانواده چیزی بیشتر از مجموعه افرادی است که در یک فضای فیزیکی و روانشناختی با هم مشارکت دارند. خانواده را در اشکال گوناگون می‌توان دید که از ویژگی‌های یک سیستم اجتماعی - فرهنگی تبعیت می‌کند. در داخل چنین سیستمی افراد به‌وسیله‌ی حلقه‌های عاطفی قدرتمند بادوام و متقابل به یکدیگر گره خورده‌اند. در هر خانواده‌ای و در نقش‌های ایجاد شده در آن یک ساخت قدرت هم وجود دارد (گلدنبرگ^۱ و گلدنبرگ، ۱۳۸۲: ۱۷۵). نظریه‌پردازان شخصیت نیز اعتقاد دارند که شخصیت افراد متأثر از خانواده و تجربه‌های زندگی آنهاست. رشد سالم شخصیت و موفقیت در زمینه‌های متعدد زندگی متأثر از الگوهای ارتباطی حاکم بر محیط خانواده است (غنی‌آبادی، به نقل از طباطبایی، ۱۳۹۱). حال اگر خانواده‌ای دچار اختلاف یا جدایی یا جو نامناسب باشد، مسلماً سلامت اعضای آن آسیب خواهند دید. در این میان نوجوانان با توجه به شرایط ویژه‌ای که دارند نسبت به بقیه آسیب‌پذیرتر هستند و از این رو توجه ویژه‌ای را می‌طلبند.

دوران نوجوانی هم از نظر نوجوان و هم از نظر والدین دوران دشواری قلمداد شده است. کیل^۲، ۳۰۰ سال پیش از تولد مسیح ارسطو چنین اظهار داشت که نوجوانان پرشور و آتشی مزاجند و آماده‌اند که خود را به‌دست غرائز بسپارند (یاسایی، ۱۳۶۸، ص ۵۳۱). افلاطون اندرز می‌داد که پسرها تا ۱۸ سالگی نباید مشروبات الکلی بخورند، چون زود تهییج می‌شوند "نباید آتش روی آتش ریخت" (افلاطون^۳، ۱۹۵۳). در اوایل قرن حاضر ج. استانلی هال مؤسس انجمن روانشناسی امریکا دوره نوجوانی را با احساسات توصیف می‌کند. او این دوران را طوفانی و تنش‌زا و نیز دوران توانایی

1-Goldenberg

2- Kiell

3- plato

فوق‌العاده جسمانی و عقلانی و عاطفی می‌دانست. البته بررسی‌هایی نشان داد که آشفتگی دوران نوجوانی بیش از حد بزرگ جلوه داده شده است (کانجر^۱، به نقل از یاسایی، ۱۳۶۸: ۵۳۱). نیاز به والدین با محبت و دلسوز که در جریان رشد فرزندان خود هستند ثابت شده است. در زمینه‌ی خانوادگی، نوجوانانی که دارای سازگاری کمتری هستند و با مشکلات بسیاری روبرو هستند، بیشتر خصومت، سهل‌انگاری و بی‌اعتنایی والدین دیده می‌شود تا پذیرش محبت و اعتماد (پاچمن^۲، ۱۹۷۰؛ راتر^۳، ۱۹۸۰).

روش‌های منضبط کردن کودکانی که بزهکار شده‌اند سست، غیر معقول یا بسیار سختگیرانه همراه با تنبیه بدنی بوده و کمتر در مورد رفتار نادرست کودک با وی گفتگویی شده است (آلستروم^۴ و هرست^۵، ۱۹۷۱). سرانجام اینکه از هم‌پاشیدگی خانواده‌ها و میزان وقوع بالای بزهکاری با هم در ارتباط است (آلستروم و هرست، ۱۹۷۱). در درمان بزهکاری و دیگر انحرافات نوجوانان اقداماتی زیاد و دیر هنگام معمولاً شکل می‌گیرد که یا وقت‌گیر و هزینه‌بر یا تاثیر آن کم و ناچیز می‌باشد. بنابراین تاکید بر برنامه‌های پیشگیرانه و شناسایی افراد آسیب‌پذیر می‌تواند مناسب باشد.

هنگامی که خانواده‌ای از هم‌پاشیده می‌شود، به‌خصوص در سال‌های اول به‌شدت دچار اضطراب و احساس تنهایی و فشار عاطفی می‌شوند. بسیاری از آنان مشکلات مالی دارند، به‌خصوص اگر مسئولیت زندگی با مادر باشد. در مطالعاتی که انجام شده (کاکس^۶، ۱۹۸۲) اغلب در این خانواده‌ها روابط خوبی بعد از طلاق یا فوت شکل نمی‌گیرد. طلاق یکی از عوامل ایجادکننده اختلال و آشفتگی در زندگی انسان‌ها است. طلاق در افرادی که بخشی از این پدیده هستند (هم‌بچه‌ها و هم‌بزرگسالان) یک تجربه‌ی فردی شدید است. پیشینه‌ی تحقیقات در درجه‌ی اول به کسانی اشاره دارد که در اثر طلاق آسیب دیده‌اند و استرس نشان می‌دهند (سان و لی^۷، ۲۰۰۹).

از طرف دیگر گرایش نوجوانان به سمت دوستان و همسالان بیشتر می‌شود و گروه همسالان مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای دیگر را به راحتی می‌توانند به نوجوان آموزش دهند. دوستان نزدیک و همدرد می‌توانند به رشد اجتماعی نوجوان کمک نمایند که از عهده‌ی گروه گسترده‌ی همسالان بر نمی‌آید.

-
- 1- Conger
 - Bachman-2
 - 3- Rater
 - Ahlstorm-4
 - 5-Hurst
 - 6- COX
 - 7- Sun & Li

بهترین تاثیر دوستی‌های نزدیک و همدرد این است که برای نوجوان حکم قوی درمان را دارد و به نوجوان این امکان را می‌دهد که احساسات سرکوب شده خود اعم از خشم و هیجان را ابراز دارد و نوجوان در می‌یابد که دیگران هم امیدها و ترس‌هایی نظیر او دارند. این نزدیکی در خصوصیات شخصیتی و رفتارهای اجتماعی دو طرف تاثیر به‌سزایی دارد. نوجوانانی محبوب تلقی می‌شوند که به دیگران یاری رسانند، به این ترتیب که این احساس را به دیگران بدهند که پذیرفته شده‌اند و نوجوانان را تشویق به کنش متقابل سازنده نمایند و فعالیت‌های گروهی جالب و لذتبخش تدارک ببینند.

مشاوره‌ی گروهی علاوه بر اهداف اصلاحی دارای اهداف پیشگیری و آموزشی نیز هست (بهاری، ۱۳۸۲). گروه‌های مشاوره به‌منظور کمک به بالا بردن عملکرد افراد نسبتاً سالم در یک سطح بین فردی تجربه‌های عمیق ارائه می‌دهد. از این حیث که این گروه‌ها آن دسته از مسایلی را مورد بررسی قرار می‌دهد که افراد در دوره‌های مختلف با آن دست به‌گریبان هستند. منطبق این گروه‌ها آن است که حمایت و چالشی که آنها فراهم می‌کند، به اعضا این امکان را می‌دهد که یک خودسنجی صادقانه داشته باشند و شیوه‌های خاصی را برای الگوهای فکری، احساسی و رفتاری خود مشخص نمایند (بهاری، ۱۳۸۲). سلامت شخصیت و سلامت روان و بهداشت روان از موضوعاتی است که از گذشته مورد توجه بوده است. اما امروزه با توجه به تغییرات اجتماعی و سبک زندگی، دید جدیدی باز و تاکید بیشتر در جوامع مختلف روی آن شده است. نهضت بهداشت روانی در نیم قرن اخیر، خرافات و افکار غلط درمورد بهداشت روانی را کنار گذاشته و نشان داده است که اگر این بیماری‌ها زود تشخیص داده و زود درمان شوند، به همان اندازه از مزمن شدن و عوارض آن کاسته خواهد شد. یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث در دنیای پیچیده‌ی انسان‌ها مفهوم سلامتی است و هدف اساسی دانشمندان در حوزه‌های روانشناسی و پزشکی نیز به‌حداکثر رساندن سلامت عمومی^۱ افراد است (سرمد، ۱۳۷۵).

رویکرد راه حل محور که یک رویکرد درمانی کوتاه مدت است و در دهه‌ی ۱۹۷۰ توسط دشارژ (دشیرز)^۲ و همسرش کیم برگ^۳ به‌وجود آمد، به‌جای محدودیت‌ها بر امکانات و به‌جای ضعف‌ها بر نقاط قوت و به‌جای آسیب‌شناسی و بیماری، بر سلامتی تاکید دارد. رویکرد درمانی راه حل مدار را پروچسکا (۱۳۸۱) و مانتی (۱۹۹۵) به‌منظور افزایش تحمل مراجعان به‌کار بردند. آنونیموس^۴ (۱۹۹۶) آنونیموس^۴ درمان کوتاه مدت را برای درمان سوءاستفاده شدگان جنسی به‌کار برد. دیلمن^۵

-
- 1- General health
 - 2- Deshazer
 - 3- Berg. Kim
 - 4- Anonymous

دیلمان^۱ و فراکلین^۲ (۱۹۹۸) آن را برای درمان نوجوانان مبتلا به بیش‌فعالی استفاده کردند. خشم و اضطراب سربازان جنگ با استفاده از رویکرد راه حل محور بررسی شده و تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در خودسنجی اضطراب و مداخله مدیریت خشم گزارش شده است. مود^۳ (۲۰۰۰) نشان داد که درمان راه حل محور، مهارت‌های ارتباطی را افزایش می‌دهد. داکي و ساوگی^۴ (۲۰۱۰) این رویکرد را برای مشکل هیجانی و درسی دانش‌آموزان به کار بردند و نتایج حاکی از این بود که گروه آزمایش صلاحیت علمی و هیجانی بهتری را به دست آورده‌اند. فرانکلین، مور، هاپسون^۵ (۲۰۰۸) با استفاده از این روش توانستند فهرست رفتاری کودکان را افزایش دهند. کیارمی و همکاران (۲۰۱۰) از این رویکرد در خودکارآمدی دانش‌آموزان استفاده نمودند و نتایج حاکی از افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر و پسر بود. فرانکلین، مور، هاپسون (۲۰۰۷) این رویکرد را برای درمان مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در محیط مدرسه در ۵ تا ۷ جلسه به کار گرفتند و نتیجه حاکی از بهبود در مشکلات درونی و بیرونی گروه آزمایش بود. تحقیقات زیادی در داخل کشور و در زمینه‌ی تاثیر مشاوره گروهی بر سلامت روان انجام شده که بعضی تحقیقات بر آزمودنی‌هایی با جنسیت متفاوت، انجام شده است که می‌توان مشاوره‌ی گروهی با رویکرد عقلانی عاطفی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر (رجبی و کسمایی، ۱۳۹۰) یا رویکرد شناختی رفتاری بر روی سلامت روان دانش‌آموزان دختر (احقر، ۱۳۸۸) را نام برد. تحقیقاتی نیز بر روی گروه‌های متفاوت و در موقعیت خاص مانند اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله (قنبری و گودرزی، ۱۳۸۴) و تاثیر مشاوره‌ی گروهی معنادرمانی بر سلامت روان زنان سالمند (فخار، نوایی‌نژاد، فروغان، ۱۳۸۶) انجام شده است و نیز می‌توان اشاره کرد به تحقیقاتی که بر روی افراد در معرض بیماری و یا مشکلات خاص انجام شده است مانند اثربخشی معنادرمانی^۶ گروهی بر سلامت عمومی دختران تالاسمی (غلامی، پاشه سودانی، ۱۳۸۸). بررسی تاثیر آموزش مداخله‌ای شناختی رفتاری بر سلامت روان زنان نابارور (نیسی، کرمعلیان، همایی، ۱۳۸۵). که به‌طور کلی در تمام این موارد نتایج مثبتی در جهت ارتقای سلامت روانی به دست آمده است.

در مورد تاثیر مشاوره گروهی بر سلامت روان و مشاوره راه حل محور تحقیقاتی صورت گرفته و نتایج قابل قبولی به دست آمده است. ولی کاربرد مشاوره راه حل محور بر سلامت عمومی و

1- Dielman

2- Franklin

3- Mudd

4- Daki, J., & Savage, R.

5- Franklin, C., Moore, K., & Hopson, L

6- Logo Therapy

دانش آموزان تک سرپرست کمتر مورد توجه واقع شده است. در این تحقیق سعی بر این بوده که این رویکرد در زمینه جدیدی مورد استفاده قرار گیرد. رویکرد مشاوره‌ای راه حل محور در اینجا، استفاده از تکنیک‌هایی است که در حداقل ۷ جلسه بر اساس راهنمای اجرای جلسات مشاوره گروهی راه حل محور (نظری، ۱۳۸۶) برای گروه آزمایش اجرا گردیده است. سلامت عمومی مد نظر در چهار بعد (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی، کارکرد اجتماعی) بوده و مشاوره گروهی متغیر مستقل و سلامت عمومی متغیر وابسته است. منظور از دانش‌آموزان تک سرپرست تمام دانش‌آموزانی هستند که به علت فوت یا طلاق یکی از والدین خود را از دست داده و مجبورند با یکی از والدین خود زندگی نمایند. لذا این سوال قابل طرح است که آیا مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر سلامت روان دانش‌آموزان تک سرپرست موثر است و اگر موثر است چه مقدار است؟ لذا این تحقیق با هدف بررسی تاثیر مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر ابعاد سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر تک سرپرست، انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی می‌باشد و جزء طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شده که هر دو گروه دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند. اندازه‌گیری اول با اجرای یک پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم با اجرای پس‌آزمون انجام شده است. محقق برای تشکیل گروه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، نیمی از آزمودنی‌ها را در گروه اول و نیمی دیگر را در گروه دوم جایگزین کرده است. دو گروهی که به این ترتیب تشکیل می‌شوند، مشابه همدیگرند و اندازه‌گیری متغیر وابسته برای هر دوی آنها در یک زمان و تحت یک شرایط صورت گرفته است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اعم از هنرستانی و دبیرستانی تک سرپرست شهر تربت حیدریه است که به دلایل گوناگون در حال حاضر با یک والد خود زندگی می‌کردند و در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ در پایه‌های اول، دوم و سوم متوسطه به تحصیل اشتغال داشته‌اند. در این تحقیق دبیرستان‌ها و هنرستان‌های عادی مد نظر بوده‌اند. به عبارت دیگر مدارس تیزهوشان و نمونه مد نظر قرار نگرفته‌اند. در این تحقیق، نمونه‌ی آماری شامل دو گروه ۱۵ نفره از دانش‌آموزان تک سرپرست مقطع متوسطه شهر تربت حیدریه می‌باشد که برای انتخاب نمونه یک دبیرستان و یک هنرستان به روش خوشه‌ای انتخاب گردید و دانش‌آموزان تک سرپرست این مراکز به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند که از تمام پایه‌های تحصیلی و رشته‌های مختلف و دارای وضعیت متفاوت تحصیلی و دامنه سنی ۱۵-۱۸ سال برخوردار بودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها: در این پژوهش از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ (*GHQ*) استفاده شده است. پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه‌ی سرندی مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌ی بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۹۱: ۱۱۶). در این پرسشنامه به دو طبقه‌ی اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود. ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. در حال حاضر این نکته آشکار شده که پاره‌ای از سطوح نشانه‌های مرضی را می‌توان به‌وسیله‌ی مصاحبه‌های استاندارد شده تشخیص داد. اما پایین‌تر از سطح معینی احتمال عدم تشخیص آن وجود دارد (گلدبرگ و بلاک ول، ۱۹۷۰؛ به نقل از دادستان، ۱۳۷۷). پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را می‌توان به‌عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، تشکیل شده است و بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به‌عنوان یک طبقه‌ی کلی از آنهایی که خود را سالم می‌پندارند، متمایز کند. بنابراین هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست. بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری‌های روانی و سلامت است (دادستان، به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۹۱: ۱۱۷). فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال می‌باشد. اما تعدادی نسخه‌های کوتاه‌تر ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی تهیه شده است. فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار سرندی می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. چهار مقیاس فرعی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی عبارت از نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی و بی‌خوابی، نشانگان اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی می‌باشد. وجود چهار زیرمقیاس بر اساس تحلیل عاملی پاسخ‌ها تعیین شده است.

زیرمقیاس اول (*A*) شامل مواردی درباره‌ی احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است و نشانه‌های بدنی را در بر می‌گیرد. این زیرمقیاس دریافت‌های حسی بدنی که اغلب با برانگیختگی‌های هیجانی همراه هستند را ارزشیابی می‌کند. مانند این سوال که آیا احساس ضعف یا سستی کرده‌اید؟ ماده‌های ۱ تا ۷ مربوط به این زیرمقیاس می‌باشند. پرسش‌های زیرمقیاس دوم (*B*) شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط هستند. ماده‌های ۸ تا ۱۴ مربوط به این زیرمقیاس می‌باشند. مانند این سوال که آیا احساس کرده‌اید دائماً تحت فشار هستید؟ زیرمقیاس سوم (*C*) گسترده توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های شغلی و مسائل زندگی روزمره را می‌سنجد و احساسات آنها درباره‌ی چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی را آشکار می‌کند. مانند این سوال که آیا از نحوه‌ی انجام کارهایتان احساس رضایت می‌کنید؟ ماده‌های

۱۵ تا ۲۱ مربوط به این زیرمقیاس می‌باشند و بالاخره چهارمین زیرمقیاس (D) شامل موادی است که با افسردگی و وخیم و گرایش شخص به خودکشی مرتبط هستند. مانند این سوال که آیا احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً ناامیدکننده است؟ و ماده‌های ۲۲ تا ۲۸ مربوط به این زیرمقیاس می‌باشند. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار مقیاس فرعی به دست می‌آید (استورا، ۱۳۷۷). این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (۰-۱-۲-۳) نمره‌گذاری شده و نمره کلی هر فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. متوسط حساسیت پرسشنامه‌ی GHQ-28 برابر با ۰/۸۴ و متوسط ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ است (ویلیامز و گلدبرگ، به نقل از فتحی، ۱۳۹۱). به اعتقاد گلدبرگ مناسب‌ترین روش برای ارزشیابی اعتبار این پرسشنامه بررسی همسانی درونی است که از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری می‌شود. در بررسی گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸) اعتبار تنصیفی برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. ثبات درونی را با روش آلفای کرونباخ در مطالعه‌ی چان (۱۹۸۵) و کی‌یس (۱۹۸۴) ۰/۹۳ گزارش شده است. ضریب اعتبار نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی با روش بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده که در سطح خطای یک هزارم معنی‌دار است (پالاهنگ، ۱۳۷۴). امان الهی (۱۳۸۳) در پژوهشی ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را برای کل دانشجویان به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ و برای دانشجویان دختر ۰/۸۳ و ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۵ و ۰/۸۶ گزارش نمود. وردی (۱۳۸۳) در پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۸۹ محاسبه نمود که در حد مطلوب است.

برنامه‌ی آموزشی و روش کار:

روش کار به شرح زیر است:

جلسه اول: در این جلسه بر روی موارد زیر کار شد (مرحله ارتباط):

- بیان اهداف.
- اعتمادسازی.
- آشنایی یا معارفه.
- بیان روند کار و مقررات گروه: ایجاد تعهد زبانی، تعداد جلسات احتمالی، حضور به موقع، گوش دادن و احترام گذاشتن به یکدیگر، پرهیز از صحبت دو نفره و ...
- هماهنگ نمودن زمان جلسات بعدی.

جلسه دوم

- بیان اصول مشاوره راه حل مدار و به بحث گروهی گذاشتن این اصول.
- بیان احساسات افراد و رعایت اصول مرحله انتقال.

- تعیین وقت جلسه بعدی و راجع به موضوع جلسه بعد توضیح مختصری داده شد.

جلسه سوم (شروع مرحله عمل):

- ارائه مختصری از کارهای انجام شده توسط اعضای گروه.

- بیان مشکلات افراد در مورد علائم اضطراب و زمینه‌های آن و راهکارهایی که دیگران خواهند داد:

۱- از هر عضو خواسته شد تا نشانه‌های اضطراب و مکان‌ها یا مواردی که شخص در آن دچار علائم اضطراب می‌شود را بازگو نماید. ۲- آنها را درجه‌بندی کنند. ۳- بیان تجربیات موفق. ۴- از هر عضو خواسته می‌شود از واژه "به‌جای" استفاده کنند. ۵- از دیگر اعضا خواسته شد تا راهکارهای خود را ارائه نمایند.

- ارائه تکلیف: بهترین راه‌حل‌هایی که مورد توجه اعضا واقع شده و انتخاب کرده‌اند را تا جلسه‌ی

آینده به‌کار گرفته و نتیجه را بیان نمایند و راجع به موضوع جلسه بعد توضیح مختصری داده شد.

- تعیین وقت جلسه بعد.

جلسه چهارم:

- ارائه مختصری از جلسات قبل: هر عضو باید از کارهای انجام شده در بیرون از گروه و نتیجه آن را

گزارش دهد.

- بیان مشکلات افراد در زمینه‌ی علائم و بیماری‌های جسمانی و دریافت راهکارهای دیگر اعضا:

۱- از هر عضو خواسته شده تا وضعیت جسمانی خود را توصیف کند (درجه‌بندی کند). ۲- ابراز احساساتی که در موقعیت بیماری دارد را بیان نماید. ۳- هر عضو تجربه‌ی موفق در درمان بیماری‌های خود را بیان نماید. ۴- از اعضای گروه تلاش‌های درمانی و تشخیص‌های داده شده را جویا شود. ۵- هر عضو برای خود با استفاده از تجارب شخصی اعضای گروه فهرستی از راه‌حل‌ها را تهیه نماید.

- جمع بندی مطالب و تعیین جلسه بعدی.

- تکلیف جلسه بعد: هر عضو کارهایی را که از دیگر اعضا، برای کاهش بیماری‌هایش انتخاب نموده

را تا جلسه آینده انجام دهد و نتیجه را جلسه‌ی بعد اعلام نماید.

- تعیین وقت و موضوع جلسه بعد.

جلسه پنجم

- ارائه مختصری از جلسات قبل توسط کارهای انجام شده توسط اعضای گروه.

- بیان مشکلات افراد در زمینه‌ی ارتباط و کارکرد اجتماعی و دریافت راهکارهای دیگر اعضا:

۱- از اعضا خواسته شد تا روابط اجتماعی خود را توصیف نموده و میزان موفقیت خود در اجتماع و

روابط با دیگران را نمره‌گذاری نمایند. ۲- از هر عضو خواسته شده تجربیات موفق خود در فضای

بیرون از خانه را بیان نمایند. ۳- از هر عضو خواسته می‌شود تا از واژه "به جای" استفاده کند. ۴- از دیگر اعضای گروه خواسته شد تا راه‌حل‌هایی را ارائه نمایند.

- تکلیف: هر عضو بهترین راه حل ارائه شده را انتخاب و در بیرون یا داخل گروه آن را اجرا و نتیجه را اعلام نماید.

- تعیین وقت و موضوع جلسه بعد.

جلسه ششم

- ارائه‌ی مختصری از جلسات قبل توسط کارهای انجام شده توسط اعضای گروه.

- بیان مشکلات افراد در زمینه‌های افسردگی و علائم آن و دریافت راهکارهای دیگر اعضا:

۱- فهرستی از علائم افسردگی به اعضای گروه ارائه شد. ۲- از اعضا خواسته شد تا تجربه و مواردی که دارای این علائم هستند و یا در گذشته با آن درگیر بوده‌اند را بیان نمایند. ۳- تجربه موفق هر عضو در برخورد با افسردگی بیان شد. ۵- اعضای گروه راه‌حل‌های خود را ارائه دادند. ۶- از هر عضو خواسته شد تا بهترین راه‌حل‌ها را انتخاب و اجرا نماید.

- تکلیف: هر عضو بهترین راه حل ارائه شده را انتخاب و در بیرون یا داخل گروه آن را اجرا و نتیجه را اعلام نماید.

- تعیین وقت و موضوع جلسه بعد.

جلسه هفتم (مرحله اختتام):

- ارائه مختصری از جلسات قبل توسط کارهای انجام شده توسط اعضای گروه.

- طرح سوال معجزه برای هر یک از اعضا: فرض کن معجزه‌ای رخ داده و هنگامی که در خواب بودید، مشکلات شما حل شده است. صبح چه چیزی توجه شما را جلب می‌کرد؟ - با این معجزه چه تغییراتی در خانه و مدرسه ایجاد می‌شد؟ - در این روز چه احساسی به شما دست می‌داد؟ - اولین کاری که انجام می‌دهید چیست؟

- جمع‌بندی کلی و تشویق اعضا به اجرای دستاوردهای این جلسات.

- تعیین زمان اجرای پس‌آزمون (چندروز بعد).

داده‌ها و روش تحلیل داده‌ها: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بوده و جزء طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها که شامل نمرات کلی و نمرات چهار مولفه‌ی نشانه‌ها یا سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی بودند و با توجه به "طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل" از روش‌های آماری زیر استفاده شده است، برای بررسی متغیرهای وابسته از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای بررسی فرضیه‌ها (اثربخشی مشاوره گروهی راه حل محور بر سلامت عمومی و مولفه‌های آن) و با توجه به همگنی

واریانس‌ها و ناهمگنی خطوط رگرسیون از آزمون t مستقل با استفاده از بسته‌ی نرم‌افزار آماري برای علوم اجتماعی (*SPSS-16*) استفاده شد. همچنین سطح معناداری ۰/۰۵ تعیین گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان تربت حیدریه در دو آزمون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه شرکت داشته‌اند.

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و تفاوت پس‌آزمون

نسبت به پیش‌آزمون نمره‌های سلامت عمومی

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	تفاوت پس‌آزمون به پیش‌آزمون	تعداد
سلامت عمومی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۸/۶۰۰	۹/۶۱۲		۱۵
		پس‌آزمون	۲۰/۲۶۶	۸/۴۸۹	۸/۳۳۴	۱۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۵/۸۰۰	۸/۹۸۵		۱۵
		پس‌آزمون	۲۹/۲۶۶	۱۱/۸۷۱	-۳/۴۶۶	۱۵
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۴۰۰	۲/۲۲۹		۱۵
		پس‌آزمون	۳/۸۶۶	۱/۷۲۶	۱/۵۳۴	۱۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۶/۱۷۶	۳/۱۸۱		۱۵
		پس‌آزمون	۵/۳۳۳	۳/۱۵۴	۰/۸۴۳	۱۵
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۶۶۶	۳/۸۱۱		۱۵
		پس‌آزمون	۵/۳۳۳	۳/۱۵۴	۲/۳۳۳	۱۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۸/۰۶۶	۳/۸۰۷		۱۵
		پس‌آزمون	۸/۴۶۶	۴/۰۳۳	-/۴۰۰	۱۵
کارکرد اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۶/۰۶۶	۳/۳۴۸		۱۵
		پس‌آزمون	۵/۳۳۳	۳/۱۵۴	/۷۳۳	۱۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۶/۴۶۶	۲/۷۹۹		۱۵
		پس‌آزمون	۷/۴۶۶	۳/۰۶۷	-/۱۰	۱۵
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۰۶۶	۴/۱۱۳		۱۵
		پس‌آزمون	۴/۸۶۶	۳/۰۴۴	۲/۲۰۰	۱۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۷/۰۶۶	۴/۸۳۳		۱۵
		پس‌آزمون	۷/۰۰۰	۴/۴۴۰	/۰۶۶	۱۵

جدول ۲ میانگین، انحراف معیار و تفاوت پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نمره‌های سلامت عمومی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود، نمره‌ی گروه‌های سلامت عمومی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی، گروه‌هایی که به آنها آموزش

اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه حل محور داده شده است، بهبود نسبتاً چشمگیر و قابل ملاحظه‌ای در مرحله‌ی پس‌آزمون داشته‌اند. درحالی که گروه گواه یعنی گروهی که هیچگونه آموزشی دریافت نکرده است، نه تنها نمره‌های سلامت عمومی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی در مرحله‌ی پس‌آزمون بهبود نداشته، بلکه نیز مقداری افزایش داشته است. با توجه به همگنی واریانس‌ها و عدم همگنی خطوط رگرسیون و فرض بر نرمال بودن داده‌ها و مقادیر عددی متغیرها و انتخاب تصادفی از آزمون t استفاده گردید و با توجه به جدول ۳ آزمون آماری t همبسته برای مقایسه‌ی اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه حل - محور در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت عمومی در گروه‌های همبسته‌ی آزمایش و کنترل، از نظر آماری در سطح ($p < 0.05$) تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش وجود دارد ($p = 0.01$). اما بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت عمومی گروه کنترل از نظر آماری در سطح ($p > 0.05$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($p = 0.171$). به عبارتی دیگر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از سلامت روانی بیشتری برخوردار می‌باشند.

جدول ۳- مقایسه‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش و کنترل

آهمبسته		خطای معیار میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص آماری متغیر	
سطح معناداری	آماره					پیش‌آزمون	پس‌آزمون
/۰۰۱	۴/۰۳۶	۲/۰۶۴	۹/۶۱۲	۲۸/۶۰۰	۱۵	پیش‌آزمون	گروه آزمایش
			۸/۴۸۹	۲۰/۲۶۰	۱۵	پس‌آزمون	
/۱۷۱	-۱/۴۴۲	۲/۴۰۴	۸/۹۸۵	۲۵/۸۰۰	۱۵	پیش‌آزمون	گروه کنترل
			۱۱/۸۷	۲۹/۲۶۶	۱۵	پس‌آزمون	

برای بررسی اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر بهبود نشانه‌های جسمانی دانش‌آموزان تک سرپرست، با توجه به همگنی واریانس‌ها و عدم همگنی خطوط رگرسیون از تحلیل کواریانس استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، اثر پیش‌آزمون معنادار نیست. این بدان معناست که پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم رابطه ندارند. همچنین نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که عملکرد بهبود نشانه‌های جسمانی گروه‌ها، پس از کنترل نشانه‌های جسمانی اولیه با هم در سطح ($p > 0.05$) معنادار نیست. به عبارتی می‌توان گفت که اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر بهبود نشانه‌های جسمانی تاثیر مثبت ندارد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه‌ی ابعاد سلامت روان در دو گروه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	توان آزمون
پیش آزمون	۲۱/۴۴۶	۱	۲۱/۴۴۶	۳/۰۱۸	۰/۹۴	۳۸۸
	۱۲۲/۲۶۵	۱	۱۲۲/۲۶۵	۱۳/۴۸۵	۰/۰۱	۹۴۳
عضویت گروهی	۱۲۳/۶۱۷	۱	۱۲۳/۶۱۷	۱۳/۷۱۰	۰/۰۱	۹۴۶
	۸۸/۱۳۱	۱	۸۸/۱۳۱	۷/۴۹۲	۰/۱۱	۷۵۱
خطا	۲۱/۹۱۶	۱	۲۱/۹۱۶	۳/۰۸۴	۰/۹۰	۳۹۵
	۱۰۳/۶۴۱	۱	۱۰۳/۶۴۱	۱۱/۴۳۱	۰/۰۲	۹۰۳
کل	۱۱/۱۵۷	۱	۱۱/۱۵۷	۱/۲۳۷	۰/۲۷۶	۱۸۹
	۵۲/۰۹۲	۱	۵۲/۰۹۲	۴/۴۲۸	۰/۴۵	۵۲۸
خطا	۱۹۱/۸۸۸	۲۷	۷/۱۰۷			
	۲۴۴/۸۰۱	۲۷	۹/۰۶۷			
	۲۴۳/۴۵۰	۲۷	۹/۰۱۷			
	۳۱۷/۶۰۳	۲۷	۱۱/۷۶۳			
	۱۳۵۸/۰۰۰	۳۰				
	۱۸۶۹/۰۰۰	۳۰				
کل	۲۵۱۰/۰۰۰	۳۰				
	۱۴۹۶/۰۰۰	۳۰				

برای بررسی اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه‌حل محور بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان تک‌سرپرست چنانچه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، اثر پیش‌آزمون معنادار است. این بدان معناست که پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم رابطه دارند و باید تفاوت‌های اولیه‌ی اضطراب کنترل شود. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که عملکرد کاهش اضطراب گروه‌ها، پس از کنترل اضطراب اولیه با هم در سطح ($p < 0/05$) معنادار است. به عبارتی می‌توان گفت که اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان تک سرپرست تاثیر مثبت دارد.

برای بررسی اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر بهبود کارکرد اجتماعی دانش‌آموزان تک سرپرست، چنانچه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، اثر پیش‌آزمون معنادار است. این بدان معناست که پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم رابطه دارند و باید تفاوت‌های اولیه بهبود کارکرد اجتماعی کنترل شود. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که عملکرد بهبود کارکرد اجتماعی گروه‌ها، پس از کنترل کارکرد اجتماعی اولیه با هم در سطح ($p > 0/05$) معنادار نیست. به عبارتی می‌توان گفت که اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر بهبود کارکرد اجتماعی تاثیر مثبت ندارد.

برای بررسی اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر کاهش افسردگی بودن دانش‌آموزان تک سرپرست، چنانچه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود؛ اثر پیش‌آزمون معنادار است. این بدان معناست که پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم رابطه دارند و باید تفاوت‌های اولیه افسردگی کنترل شود. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که عملکرد کاهش افسردگی گروه‌ها، پس از کنترل افسردگی اولیه با هم در سطح ($p < 0/05$) معنادار است. به عبارتی می‌توان گفت که اثربخشی مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان تک‌سرپرست تاثیر مثبت دارد. ضمناً توان آزمون هم نشان می‌دهد که حجم نمونه بسنده بوده است و نیز نشان می‌دهد که با احتمال بیشتری فرض صفر هنگامی که واقعا غلط است را رد کند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی راه حل محور بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر تک سرپرست مقطع متوسطه شهر تربت حیدریه با دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. با این فرضیه که مشاوره‌ی گروهی با تاکید بر رویکرد راه حل محور بر سلامت عمومی و مولفه‌های آن (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی، افسردگی) تاثیر مثبت دارد که نتایج به‌دست آمده نتوانست تمام فرضیه‌های فرعی را تایید نماید. این نتایج در زیر به بحث گذاشته شده است.

فرضیه‌ی اصلی این پژوهش عبارت بود از مشاوره‌ی گروهی راه حل محور بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر تک سرپرست تاثیر دارد که یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش سالاری فیض آباد (۱۳۸۶) که عنوان می‌کند مشاوره راه حل محور بر کاهش فشار روانی موثر است، همسو می‌باشد. همچنین با کورکوران (۲۰۰۶) که در مقایسه‌ی گروه درمانی و درمان معمولی به این نتیجه رسید که گروه درمانی تاثیر بیشتری در کاهش استرس و بهبود نگرش و رفتار دارد و نتایج سیگرام (۱۹۹۷) در مورد کارآیی مشاوره‌ی گروهی راه حل مدار بر بهبود نگرش‌ها، رفتارها و کاهش تفکر و رفتار ضد اجتماعی خطاکاران نوجوان نیز همسو می‌باشد. دشازر پیشنهادهایی برای ایجاد تغییرات جزئی ارائه می‌کند و معتقد است که وقتی این تغییرات حاصل شدند، درمان‌جو تغییرات بیشتری در آن نظام‌ها می‌دهد. مانند آنچه در سوال‌های استثنایاب و معجزه به‌وجود می‌آید. مثلاً درمان‌جویی که از افسردگی همیشگی شکایت دارد را می‌توان به این شیوه هدایت کرد که به یک روز خوش فکر کرده و بعد توصیف نماید که در آن روز چه کار متفاوتی انجام داده و درمانگر او را به انجام کاری وا می‌دارد که از طریق آن یک راه حل بیابد و تغییر نماید.

فرضیه‌ی فرعی اول: مشاوره راه حل محور بر کاهش نشانه‌های جسمانی دانش‌آموزان پسر تک سرپرست تاثیر دارد که این فرضیه مورد تایید قرار نگرفت. این نتیجه با یافته‌های کلایتون و برونلی

(۲۰۰۲) که در پژوهش خود توانستند علایم جسمانی و استرس بیماران سرطانی را به روش راه حل محور کاهش دهند، همسو نمی باشد. در توجیه این نتیجه می‌توان متذکر شد که نوجوانان از تجربه‌ی کافی برخوردار نیستند و شاید نتوانسته‌اند که راه‌حل‌هایی مناسب پیدا کرده و ارائه نمایند. در این مورد رابرت گیسون و ماریان میشل (۱۹۹۰) معتقدند که در مرحله‌ی ثمردهی گروه مشکلات و نگرانی‌های تک تک اعضای گروه تصریح و تعلق آنها تصدیق می‌گردد که لازمه‌ی آن درک کامل ماهیت مشکل و علل آن است. یا رویکرد راه‌حل محور از قابلیت کافی برخوردار نیست. همچنان که منتقدانی مثل وایلی (۱۹۹۰) متذکر می‌شوند که این رویکرد به قدری ساده، کوتاه و متکی به تلقین‌پذیری است که احتمال نمی‌رود منافع درازمدت ادعایی خود را به‌وجود آورد. این نتیجه با پژوهش فخار، نوایی نژاد و فروغان (۱۳۸۷) کاربرد مشاوره‌ی گروهی با رویکرد معنادرمانی بر سلامت روان زنان سالمند همسو می‌باشد.

فرضیه‌ی فرعی دوم: مشاوره‌ی راه حل محور بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان پسر تک سرپرست تاثیر دارد که نتایج به‌دست آمده با یافته‌های نتایج پژوهش وترسن و لیچنبرگ (۲۰۰۵) که حاکی از آن است که روش درمانی راه حل محور توانسته است تغییرات مثبتی در میزان استرس و رضایت مراجعین ایجاد کند. نتایج مطالعه‌ی لامبرت، اوکیشی، فینچ و جانسون (۱۹۹۸) در مورد کارایی این روش را در درمان مشکلات بیماران تحت درمان بهداشت روانی از قبیل اختلالات خلقی، اضطراب اختلالات سازگاری و سوء مصرف مواد در بزرگسالان و با نتایج پژوهش برنده، نسیم (۱۳۸۸) در مورد تاثیر این رویکرد بر کاهش استرس شغلی کارکنان موسسه قلم چی، همسو است.

فرضیه‌ی فرعی سوم: مشاوره‌ی راه حل محور بر بهبود کارکرد اجتماعی دانش‌آموزان تک سرپرست تاثیر دارد که این فرضیه هم رد شد. این نتایج با مطالعه‌ی صادقی شرمه، مهدی و همکاران (۱۳۹۱) اثربخشی آموزش ارتباط راه حل مدار را بر مهارت‌های ارتباطی پرستاران را مورد بررسی قرار دادند که یافته‌ها حاکی از اختلاف معنادار بین میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش بودند، همسو نمی‌باشد و با نتایج پژوهش قنبری زرنندی، گودرزی (۱۳۸۴) اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله همسو است. در توجیه این نتیجه می‌توان اشاره کرد به اینکه بیشتر جلسات گروه آزمایش در پایان سال تحصیلی برگزار شده و افراد بیشتر درگیر امتحانات خود بوده‌اند و نتوانسته‌اند اندوخته‌های گروهی خود را در محیط اجتماعی به‌کار گیرند.

فرضیه‌ی چهارم: مشاوره‌ی راه حل محور بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان پسر تک سرپرست تاثیر دارد. این نتایج با یافته‌های استرادا (۲۰۰۷) مطرح کرده است که درمان راه حل محور توانسته است افرادی که به شدت از افسردگی رنج می‌بردند را از حالت اورژانسی خارج کرده و پیشرفت قابل

ملاحظه‌ای حاصل شده است. همچنین با نتایج یافته‌های جوانمیری (۱۳۹۰) تاثیر مشاوره‌ی راه حل محور بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان دختر همسو می‌باشد.

بر اساس نتایج حاصله، می‌توان گفت افرادی که در جلسات مشاوره‌ی گروهی شرکت داشته‌اند توانسته‌اند به‌طور کلی سلامت عمومی خود را بهبود ببخشند. نتایج این پژوهش در فرضیه‌ی اصلی با نتایج پژوهش‌هایی در زمینه‌ی سلامت روان با رویکردهای دیگر مشاوره از جمله اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با رویکرد عقلانی-عاطفی-رفتاری بر مولفه‌های سلامت عمومی (رجبی، کسمایی، ۱۳۹۰) و اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقای سلامت روان زنان آسیب دیده از زلزله (قنبری، گودرزی، ۱۳۸۴) و اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر (احقر، ۱۳۸۸)، همسو می‌باشد. دیدگاه راه‌حل محور بر پست مدرنیسم متکی است و پس‌مدرنیسم قسمتی از جنبش سازه‌های اجتماعی در روانشناسی به‌شمار می‌آید و لذا با این نظر موافق است که فرض‌های ما راجع به واقعیت و کمک به تبادل پیام زبان و گفتگو با دیگران شکل می‌گیرند و بنابراین تمامی دانش ما حاصل یک بافت اجتماعی است. زبان چیزی بیش از بیان افکار و احساسات درونی ما می‌باشد و به روابط انسانی شکل داده و از آن شکل می‌گیرد. اگر هیچ واقعیتی در بیرون وجود نداشته باشد، پس ما از طریق مشاهده، تمایز گذاردن میان مشاهدات و درمیان گذاردن دریافت‌هایمان با دیگران از طریق زبان، واقعیت را خلق می‌کنیم. این درمانگرها به‌جای گفتگو از مشکل و جستجو برای یافتن تبیین مشکلات درمان‌جو از طریق تلنبار کردن واقعیت‌های مربوط به زندگی مساله‌دار، آنها طرفدار گفتگو بر سر راه حل هستند. یعنی درمانگر و درمان‌جو به بحث راجع به راه‌حلی می‌پردازند که می‌خواهند به آنها برسند (گلدنبرگ، ۱۳۸۹: ۳۷۷-۳۸۱). با در نظر گرفتن این فرضیات می‌توان گفت که مشاوره‌ی گروهی و آنچه در گروه اتفاق افتاده بر این فرضیات صحنه گذاشته و باعث تغییر در اعضای گروه شده است. به عقیده دشازر، درمان‌جو می‌خواهد همکاری کرده و تغییر کند. آنها زمانی مقاومت می‌کنند که به نظرشان مداخلات درمانگر با مشکل آنها همخوانی ندارد. اما وقتی درمان‌جو متقاعد شد که درمانگر و اقدامات او طرف آنها است، مقاومت آنها کاسته خواهد شد و آماده‌ی تغییر می‌شوند. همچنین دشازر معتقد است که هیچ راه حل منحصر به فردی برای هیچ مشکلی وجود ندارد. راه‌حل‌های متعدد فراوان هستند، فقط باید آنها را کشف کرد. بنابراین اگر گروه به خوبی شکل بگیرد، می‌توان انتظار داشت که مقاومت نسبت به تغییر کاهش پیدا کرده و راه‌حل‌های متعدد و مناسب برای تغییر پیدا شود و تغییر در اعضای گروه را به همراه داشته باشد. همانند آنچه را که در گروه آزمایش اتفاق افتاده است و با نظر پروچاسکا و نورکراس (۱۹۹۹) که تمرکز کوتاه‌مدت به‌ویژه برای درمان اختلال‌های خفیف و اختلال‌های سازگاری مفید واقع می‌شود، همسو می‌باشد.

هرچند این رویکرد در کل و در سلامت عمومی دانش‌آموزان گروه آزمایش تاثیر داشته است. اما در دو مولفه‌ی کارکرد اجتماعی و نشانه‌های جسمانی تغییرات معناداری ایجاد نشده است که در توجیه آن می‌توان دلایلی از قبیل الف) کم تجربه بودن گروه در ارائه راه حل و عدم درک مشکلات جسمانی توسط اعضای گروه همچنانکه رابرت گیسون و ماریان میشل (۱۹۹۰) معتقدند در مرحله‌ی ثمردهی گروه مشکلات و نگرانی‌های تک تک اعضای گروه تصریح و تعلق آنها تصدیق می‌گردد که لازمه‌ی آن درک کامل ماهیت مشکل و علل آن است. ب) ناتوانی اعضای گروه برای به اجرا گذاشتن تجربیاتی که در داخل گروه به دست آورده‌اند، به دلیل همزمانی اجرای جلسات با امتحانات پایان سال که در این زمینه رابرت گیسون و ماریان میشل (۱۹۹۰) معتقدند که مشاور در مرحله‌ی تحقق، اعضا را برای در میان گذاشتن اهداف تحقق یافته و تجارب خود در درون و بیرون از گروه تشویق می‌کند. گرچه ممکن است عده‌ای بعد از توقف گروه، برای تداوم تغییر نیاز به حمایت مشاور داشته باشند. ج) تغییرات جسمانی سریع که در سن نوجوانی رخ می‌دهد، ممکن است باعث شود تا تغییرات ایجاد شده در درون گروه تداوم چندانی نداشته باشد. ماسن و همکاران معتقدند که این تغییرات سریع باعث می‌شود تا موقتا احساس ناخوشایندی در مورد جسم خود داشته باشند (پاول و همکاران، ۱۳۷۴: ۵۳۵). د) فشار روانی که در موقع امتحانات وجود دارد از جمله دلایل تغییرات کم در این دو مولفه، به خصوص در نشانه‌های جسمانی است. نکته‌ی دیگر نقش موثر خانواده در ایجاد و بهبود کارکرد اجتماعی است. هرچه تلاش‌هایی در محیط مدرسه انجام شود و محیط خانواده آن را تایید نکند، ممکن نیست تغییراتی که در فرد ایجاد شده، تداوم یابند و یا ممکن است سابقه‌ای که در خانواده‌های تک سرپرست وجود دارد، باعث عدم اعتماد به دیگران شوند. هلفر و کمپ (۱۹۸۲) در این زمینه می‌گویند نوجوانانی که قربانی بدرفتاری شدید جسمانی و جنسی هستند، مشخصا در اعتماد کردن به دیگران و ایجاد یک رابطه‌ی عاطفی پایدار دچار مشکل هستند. هرچند که به محبت نیاز شدیدی دارند (پاول و همکاران، ۱۳۷۴: ۵۵۰).

با توجه به اینکه بیشتر تحقیقات در این رویکرد بر موضوعات خانواده بوده و هیچگونه تحقیقی در زمینه‌ی سلامت روان صورت نگرفته است. پژوهش حاضر توانسته است تا مفاهیم و اصول این رویکرد را در حوزه‌ای متفاوت و جدید مورد بررسی و ارزیابی قرار دهد.

پیشنهادات:

برگرفته از یافته‌های به دست آمده، پیشنهادات زیر قابل توجه است:

- ۱- تدوین برنامه‌هایی برای مشاورین و مسئولین مدارس تا با نیازسنجی درست افراد در معرض خطر مانند کودکان و نوجوانان تک سرپرست را شناسایی و برنامه‌های پیشگیرانه را اجرا نمایند.

- ۲- به منظور آگاهی از نیازها و مشکلات دانش آموزان و شناسایی ضرورت‌های مشاوره‌ای، هسته‌های مشاوره در ادارات کل آموزش و پرورش نتایج تحقیقات صورت گرفته را در اختیار مشاورین مدارس قرار دهند.
- ۳- نهادهای دولتی مانند بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی(ره) که نقش حمایتی دارند نیز از خدمات مشاوره‌ای به خصوص مشاوره‌ی گروهی برای ارتقای سلامت عمومی اعضای خانواده‌ها استفاده نمایند.
- ۴- رسانه‌های دیداری و شنیداری برنامه‌هایی را برای ارتقای سلامت روان افراد جامعه تدارک ببینند.
- ۵- با توجه به اینکه سلامت روان از موضوعات مهم و اساسی می‌باشد و تحقیقات کامل و جمعی را می‌طلبد، بنابراین پیشنهاد می‌گردد که در زمینه‌ی سلامت روان و مولفه‌های آن تحقیقات بیشتری صورت گیرد.
- ۶- با توجه به حساسیت و نیازهای ویژه‌ی دختران خانواده‌ها، پیشنهاد می‌گردد که این پژوهش بر روی دختران تک سرپرست نیز اجرا گردد.
- ۷- برخی خانواده‌ها دچار بحران‌هایی می‌شوند و اولین بحران‌ها و بیشترین فشار روانی را سرپرست خانواده تجربه می‌کند، لذا پیشنهاد می‌گردد که این پژوهش برای سرپرستان خانواده‌هایی که دچار طلاق یا فوت شده‌اند نیز اجرا گردد.
- ۸- کارهای گروهی برای موفقیت بیشتر نیازمند تمرکز و توجه اعضای گروه می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که تحقیقات مدارس در نیمه اول سال تحصیلی اجرا گردد. چرا که باعث همکاری و تمرکز و استقبال بیشتر دانش‌آموزان خواهد شد.

منابع

- بهراری، فرشاد (۱۳۸۸). دیدگاه اکو سیستمی در مشاوره و روان درمانی با تاکید بر مفاهیم، اصول و فنون درمان راه حل مدار. تهران: انتشارات تزکیه.
- پروچاسکا، ج؛ نورکراس، س. (۱۳۸۱). نظریه‌های روان درمانی. (ترجمه سید یحیی محمدی). تهران: انتشارات رشد.
- جوآنمیری، لیلیا (۱۳۹۰). بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد راه حل مدار بر کاهش افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه مشهد.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۶). روانشناسی مرضی تحولی (از کودکی تا بزرگسالی). تهران: انتشارات سمت.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۷). استرس یا تنیدگی، بیماری جدید تمدن. تهران: رشد.
- دیویس، توماس؛ جی آیزورن، سینتا (۱۳۸۶). مشاوره مدرسه با رویکرد راه حل محور. (ترجمه نسترن ادیب راد و علی محمد نظری). تهران: علم.
- رجبی، غلامرضا وکارجو کسمایی، سونا (۱۳۹۱). اثر بخشی مشاوره گروهی با روش عقلانی - عاطفی - رفتاری بر مولفه های سلامت عمومی در دانش آموزان پسر. روان شناسی مدرسه، ۱(۲): ۵۹-۷۶

- گیبسون، رابرت؛ میشل، ماریان (۱۳۷۳). مبانی مشاوره و راهنمایی. (ترجمه باقر ثنائی، ستیلا علاقه بند، احمد احمدی حسن پاشا شریفی). تهران: ویراستار (۱۹۹۰).
- رضایی، پروین (۱۳۷۷). رابطه خشنودی شغلی و انگیزه شغلی با سلامت روانی و مسولیت پذیری مربیان تربیتی زن آموزشگاههای اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی. دانشگاه شهید چمران اهواز.
- رجبی، غلامرضا (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه ی افسردگی (CDI) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله. روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تهران، ۳۷(۲): ۲۳-۴۶.
- سالاری فیض آباد، هاجر (۱۳۸۶). بررسی تاثیر مشاوره گروهی راه حل محور بر کاهش روانی و نشانگان آن در دانش آموزان دختر دبیرستانهای شهر اندیشه در سال تحصیلی ۸۵-۸۶. دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- شاملو، سعید (۱۳۸۶). بهداشت روانی. تهران: انتشارات رشد
- طباطبایی، سید محمد (۱۳۹۱). بهداشت روانی، روابط خانوادگی و ازدواج. پیوند، ۳۹۰-۳۹۱: ۷۲-۷۶.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۳۷). آزمونهای روان شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان (چاپ هشتم). تهران: انتشارات بعثت.
- فخار، فرشاد؛ نوایی نژاد، شکوه؛ فروغان، مهشید (۱۳۸۷). تاثیر مشاوره گروهی بارویکرد معنا درمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. مجله سالمندی ایران، ۷(۳): ۵۸-۶۷
- قنبری زرنندی، زهرا؛ گودرزی، محمود (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله. مجله علمی پژوهشی تحقیقات زنان، ۴(۲): ۵۷-۶۶
- گلدنبرگ، ا. گلدنبرگ، ه. (۱۳۸۲). خانواده درمانی. (ترجمه ح. ر. شاهی براواتی و سیامک نقش - بندی). تهران: نشر روان.
- نظری، علی محمد؛ نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۵). بررسی تاثیر مشاوره راه حل محور بر رضایت زناشویی زوج‌های هر دو شاغل. فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۵(۲۰): ۸۰-۵۳.
- نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۱). رفتار های بهنجار و نابهنجار کودکان و نوجوان و راه های پیشگیری و درمان نا بهنجاری ها. تهران: نشر انجمن اولیا و مربیان.
- قمری، محمد؛ حسینیان، سیمین؛ نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی راهبردهای روانی - آموزشی و مشاوره گروهی به شیوه راه حل محور در کاهش تعارضات زناشویی زوج‌های هر دو شاغل. تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره. پاییز ۱۳۸۸، ۳۱: ۴۵-۶۳
- Ahlstorm, W. M; Havighurst, R. J. (1971). 400LOSERS. San Francisco: jossey- bass.
- Anonymous, d. (1996). Reclinining her story: Erickson solution- focused therapy for sexual abuse. Adolescence, 31(122). 499.
- Bachman J. G; Johnston, L. D. & Omalley P. M. (1980). Monitoring the future: Questionnair responses from the Nation's high school seniors, ann, arbor; University of Michigan: survey research Center.
- Berg I. K.(1994). Family- based services: A Solution – focused approach. New York: Norton.
- Clayton. N & Brownlee, K (2002) solution –Focused Brief Therapy with cancer patient and their families. Journal of psychosocial oncology 20 (1): 1-13

- Cookburn J. T; Thomas F. N.& Cockburn O. J.(1997). Solution focused therapy and Psychotrapy adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 7(2): 97-106.
- Corcoran (2006). A Compaction group study of solution focused therapy versus "Treatment-as-Usual" for behavior problem in children. *Journal of social service research* 23(1): 69-81
- Daki, J., & Savage, R. (2010). Solution-focused brief therapy: impacts on academic and emotional difficulties, *Journal of EducatiResearch*,103(5), 309-326.
- Deshazer, S. & Berg, I. K. (1993). A part is not a part. Working withonly one of the partners present. In A. S Gurman. *Case book of marital therapy*. New York: Guilford press.
- Deshazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: NORTON.
- Deshazer, S. (1985). *Key to solution in brief thrapy*. New York: NORTON.
- Dielman M. B. & Franklin c. (1998). Brief solution- focused therapy with parents and adolescents with ADHD. *Social work in Education* 20. (4) 261.
- Estrada, B & Beyebach, M. (2007) Solution–Focused Therapy with depressed Deaf persons. *Journal family psychotherapy* 18(1): 45-63
- Franklin, C., Moore, K., & Hopson, L. (2008). effectiveness of solution- focused brief therapy in a schoolsetting, *Children and Schools*, 30(1), 15-26.
- Kvarme, L.G., Solvi, H., Sorum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S. & Natvig, G.K. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: a non-randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 47(11), 1389-96.
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2003). The effectiveness of Psychodynamic therapy and cognitive-behavior therapy in the Treatment of Personalitydisorders: A Meta analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7).1223-1232.
- Lumber M.J; Okishi j.c. & Johanson L.D. (1998). Outcome assessment; from conceptualization to implementation. *Professional psychology: Reserch and practice*. 29. 63-70.
- Mudd J. (2000). *Solution focused therapy and communication skills training: An intergrated approach couple therapy: thesis submitted to the faculty of the Virginia Polytechnic institute and state univercity in partial fullment of the requirements of the degree of Master of Science*.
- Plato the dialogues of Plato: laws (4th Ed.)(b. jewett Trans). OXFORD: Clarendon press 1953.
- Seagram B. C. (1997). *The efficacy of solution-focused therapy with young efendens*. Unpublished doctonil dissertation. New university New York. Outario Canada.
- Sexston T.L. & Weeks G. (2003). Robbins Michael handbook of family thrapy. New York and Hove: Brunner- Routledge 124-145
- Sun, Y & Li. Y. (2009). Parental divorce, sibshipsize, family resources,and children 'academic performance. *Soceial Science Research*. Vol,38, Iss, 3 ; Pg. 622.

- Thomas S, Albert K, White P. Determinants of marital quality in dual-career couples. *Family Relations*; 1984□ 513- 521
- Waterston, K. B & Lichtenberg, J. W& Mallinckrodt, B (2005) Association between working alliance and outcome in Solution-Focused Brief Therapy and brief interpersonal therapy. *Psychotherapy research*. 15(172): 35-43.

