



Comparing The Effectiveness of “Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy” with “Solution-Focused Brief Therapy” on Psychological Distress in Students of Islamic Azad University, Gonabad Branch

Maryam Nabili Noghabi¹, Abolfazl Bakhshipour^{2*}, Mehdi Ghasemi Motlagh³

1-Ph D. Student in Counseling, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Corresponding author: Abolfazl Bakhshipour, Associate Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Email: Ab8boj@gmail.com

Received: 26 Aug 2024

Accepted: 3 Feb 2025

Abstract

Introduction: Psychological Distress is a common concern among university students, which can negatively impact their academic performance and quality of life. This study aimed to compare the effectiveness of “Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy” with “Solution-Focused Brief Therapy” on psychological distress in students of Islamic Azad University, Gonabad Branch

Methods: The present study was a quasi-experimental study with pre-test-post-test and control group. A sample screened by the "Kessler Psychological Distress Scale" (score higher than 27 out of 40) consisting of 54 students was divided into 3 groups, 2 intervention groups and a control group. Participants were selected from the students of Gonabad Azad University through a convenient and voluntary method and were randomly assigned to the "Intensive and Short-Term Psychodynamic Therapy" (18 people), "Brief Solution-Focused Therapy" (18 people) and control (18 people) groups by simple random method (drawing lots). The instruments used included a demographic questionnaire and the "Kessler Psychological Distress Scale". The validity of the instrument was qualitative and the reliability was determined by the internal consistency method by calculating the Cronbach's alpha coefficient. Students in the intervention groups participated in 10 sessions, each session lasting 90 minutes, and the control group did not receive any intervention during this time period. Data collection was done by administering pre-test and post-test on all 3 groups. Data were analyzed in SPSS. 25.

Results: “Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy” and “Solution-Focused Brief Therapy” were significantly effective in reducing psychological distress. The mean psychological distress in the “Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy” group decreased from 24.56 in the pre-test to 19.78 in the post-test. In the “Solution-Focused Brief Therapy” group, these values decreased from 23.61 in the pre-test to 21.61 in the post-test. In the control group, these values also changed from 22.61 in the pre-test to 23.56 in the post-test. In general, the effectiveness of “Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy” was greater than that of “Solution-Focused Brief Therapy” ($P < 0.01$).

Conclusions: “Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy” and “Solution-Focused Brief Therapy” were effective in reducing psychological distress. “Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy” is suggested as a more effective method for reducing psychological problems in students

Keywords: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Solution-Focused Brief Therapy, Psychological Distress, Mental Health Improvement, Treatment Effectiveness.



مقایسه اثربخشی «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» با «درمان راه حل محور کوتاه» بر آشفته‌گی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد

مریم نبیلی نوقابی^۱، ابوالفضل بخشی پور^{۲*}، مهدی قاسمی مطلق^۳

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

نویسنده مسئول: ابوالفضل بخشی پور، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.
ایمیل: AbAboj@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۴

چکیده

مقدمه: آشفته‌گی روانشناختی، از نگرانی‌های شایع در میان دانشجویان است که می‌توانند تأثیرات منفی بر عملکرد تحصیلی و کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» با «درمان راه حل محور کوتاه» بر آشفته‌گی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد بود.

روش کار: پژوهش حاضر به روش نیمه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه‌ای غربال شده به وسیله «مقیاس آشفته‌گی روانشناختی کسلر» (کسب نمره بالاتر از ۲۷ از ۴۰) متشکل از ۵۴ دانشجو به ۳ گروه، ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل تقسیم شدند. شرکت کنندگان به روش در دسترس و داوطلبانه از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد انتخاب و به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) در گروه «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» (۱۸ تن)، «درمان راه حل محور کوتاه» (۱۸ تن) و کنترل (۱۸ تن) جایگزین شدند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، «مقیاس آشفته‌گی روانشناختی کسلر» (Kessler Psychological Distress Scale) بود. در پژوهش حاضر روایی ابزار به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ انجام شد. دانشجویان در گروه‌های مداخله در ۱۰ جلسه هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه شرکت کردند و در این بازه زمانی گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی هر ۳ گروه انجام شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» و «درمان راه حل محور کوتاه» در کاهش آشفته‌گی روان شناختی اثربخشی معناداری داشتند. میانگین آشفته‌گی روانشناختی در گروه «روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت» از ۲۴/۵۶ در پیش‌آزمون به ۱۹/۷۸ در پس‌آزمون کاهش یافته است. در گروه «درمان راه حل محور کوتاه» این مقادیر از ۲۳/۶۱ در پیش‌آزمون به ۲۱/۶۱ در پس‌آزمون کاهش یافته‌اند. در گروه کنترل نیز این مقادیر از ۲۲/۶۱ در پیش‌آزمون به ۲۳/۵۶ در پس‌آزمون تغییر یافته‌اند. به طور کلی، اثربخشی «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» بیشتر از «درمان راه حل محور کوتاه» بود ($P < 0.01$).

نتیجه گیری: «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» با «درمان راه حل محور کوتاه» در کاهش آشفته‌گی روانشناختی اثربخش بودند. بنابراین، «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» به عنوان روش مؤثرتری برای کاهش مشکلات روانشناختی دانشجویان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت، درمان راه حل محور کوتاه، آشفته‌گی روانشناختی، بهبود سلامت روان، اثربخشی درمان.

مقدمه

در جهان مدرن و پر تغییر امروزی، دانشجویان با چالش‌های فراوانی مواجه هستند که می‌تواند تأثیرات عمیقی بر سلامت روانی آن‌ها داشته باشد (۱). گذار از دبیرستان به دانشگاه، تغییرات و مسئولیت‌های جدیدی را به دنبال دارد که می‌تواند برای بسیاری از جوانان فرساینده باشد. فشارهای مربوط به پیشرفت تحصیلی، برقراری شبکه‌های اجتماعی و تصمیم‌گیری‌های شغلی می‌تواند منجر به تنش و اضطراب شدید شود (۲). انتظارات بیرونی برای عملکرد تحصیلی برجسته نیز می‌تواند میزان تنش را افزایش دهد (۳). دانشجویان ممکن است در هماهنگی بین خواسته‌ها، تعهدات و انتظارات تحصیلی با دیگر جنبه‌های زندگی خود دچار اضطراب شوند (۴). علاوه بر این، محیط رقابتی جامعه و دانشگاه می‌تواند میزان تنش دانشجویان را تشدید کند (۵). دانشجویان برای کسب صلاحیت‌های تحصیلی، کارآموزی، تحصیلات تکمیلی یا تحصیل در خارج از کشور با فشارهای زیادی روبرو هستند که می‌تواند منجر به احساس دائمی مقایسه، شک و تردید به خود و کاهش عزت‌نفس شود (۶). بدون در نظر گرفتن بار مالی تحصیل، جنبه‌های اجتماعی زندگی دانشگاهی می‌تواند به چالش‌هایی برای بهزیستی روانشناختی دانشجویان منجر شود (۷). دوری از خانه و ورود به محیطی جدید اغلب به معنای از دست دادن حمایت‌های پیشین است. برقراری ارتباطات جدید، یافتن جایگاه اجتماعی و مقابله با احساس تنهایی یا انزوا می‌تواند برای دانشجویان نگران‌کننده باشد. این تغییر به محیطی که نیازمند خودتکایی و تصمیم‌گیری است، می‌تواند به احساس نااطمینانی و تنش منجر شود (۸).

یکی از مؤلفه‌هایی که می‌تواند بسیاری از هیجانات و آسیب‌های روانشناختی که دانشجویان با آن مواجه می‌شوند را توضیح دهد، مفهوم آشفتگی روانشناختی (psychological distress) است؛ زیرا شواهد زیادی نشان داده است که دانشجویان به طور مداوم سطوح بالاتری از آشفتگی را در مقایسه با جمعیت عمومی گزارش می‌کنند (۹-۱۱). به طور خاص، به نظر می‌رسد که دانشجویان با سطوح بالایی در خطر افسردگی، اضطراب و خودکشی هستند (۱۲). علاوه بر این، سن، شرایط مسکن، سابقه قبلی مسائل روانی، اضطراب و ترس به طور معناداری آشفتگی روانشناختی را پیش‌بینی می‌کردند (۱۳). علاوه بر این، تنش مربوط به دانشگاهیان، سلامت و عدم حمایت اجتماعی تأثیرات منفی بیشتری بر

سلامت روان را پیش‌بینی می‌کرد (۱۴). آشفتگی روانشناختی به حالتی از رنج هیجانی اشاره دارد که با نشانگان افسردگی و اضطراب مشخص می‌شود و زمانی اتفاق می‌افتد که افراد با تنش‌های شدیدی مواجه می‌شوند که نمی‌توانند به طور مؤثر با آن‌ها کنار بیایند و عملکرد روزانه آن‌ها را مختل می‌کند. آشفتگی روانشناختی می‌تواند ناشی از عوامل تنش‌زا در زندگی افراد باشد. رویدادهای مهم زندگی مانند از دست دادن یکی از عزیزان، مشکلات روابط، مشکلات مالی یا از دست دادن شغل می‌تواند سبب آشفتگی روانشناختی شود (۱۵). قرار گرفتن طولانی‌مدت در معرض عوامل تنش‌زای مزمن مانند تنش ناشی از کار، مسئولیت‌های مراقبتی، یا درگیری‌های بین فردی مداوم نیز می‌تواند منجر به آشفتگی روانشناختی شود (۱۶). عوامل متعددی به عنوان عوامل مؤثر در آشفتگی روانشناختی شناسایی شده‌اند. زنان در مقایسه با مردان تمایل به تجربه سطوح بالاتری از آشفتگی روانشناختی دارند. بعلاوه، تعارضات در نقش اجتماعی و خانوادگی می‌تواند منجر به آشفتگی روانشناختی شود (۱۷). علاوه بر این، عوامل اجتماعی-اقتصادی مانند درآمد کم، بیکاری و دسترسی محدود به منابع و حمایت با سطوح بالاتری از آشفتگی روانشناختی مرتبط است (۱۸). این شواهد موضوعاتی هستند که برای سلامت روان و نظام آموزشی در سراسر جهان مورد توجه قرار گرفته است.

دانشجویانی که آشفتگی روانشناختی بالاتری را تجربه می‌کنند در معرض خطر افت تحصیلی و ترک تحصیل هستند (۱۹) که پیامدهای مهمی برای خدمات بهداشتی دانشگاه و سیاست‌گذاری سلامت روان دارند. آشفتگی روانشناختی در میان دانشجویان است که به صورت‌های مختلفی چون اضطراب، ناامیدی، مشکلات تمرکز و اختلال در عملکرد اجتماعی بروز می‌کند. این مسائل می‌توانند تأثیرات منفی بر عملکرد تحصیلی، روابط بین فردی و کیفیت زندگی داشته باشند. بنابراین، تمایل به توسعه و اجرای مداخلات درمانی مؤثر برای مقابله با این مشکلات و حمایت از سلامت روانی دانشجویان افزایش یافته است. در این راستا «روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت» (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) و «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» (Solution-Focused Brief Therapy) به دلیل اثربخشی خود در افزایش بهزیستی روانی، مورد توجه قرار گرفته‌اند. «روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت» که توسط Davanloo توسعه یافته، بر مواجهه با هیجانات سرکوب‌شده تمرکز دارد و با استفاده از

آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد بود. تعیین تعداد نمونه با استناد به جدول Cohen و در نظر گرفتن تعداد گروه‌ها ($u=3$)، سطح اطمینان (۹۵ درصد)، قدرت آزمون ۰/۹۵ و اندازه اثر ۰/۴ انجام شد (۲۵) که برای هر گروه ۲۰ تن تعیین گردید. با این حال، پس از کناره‌گیری تعدادی از اعضای گروه‌های مداخله، در نهایت ۱۸ نمونه برای هر گروه مورد تحلیل قرار گرفتند.

غربالگری اولیه دانشجویان بر اساس «مقیاس آشفتگی روانشناختی کسلر» انجام شد، به طوری که دانشجویان با نمره بالاتر از ۲۷ از ۴۰ در این مقیاس انتخاب و به عنوان نمونه نهایی در پژوهش لحاظ شدند. پس از این مرحله، تخصیص افراد به گروه‌ها به صورت تصادفی بصورت قرعه‌کشی انجام شد. به این ترتیب، دانشجویان به ۳ گروه «درمان روان‌پوشی فشرده و کوتاه‌مدت» (۱۸ تن)، «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» (۱۸ تن) و گروه کنترل (۱۸ تن) تقسیم شدند.

معیارهای ورود برای این پژوهش شامل: نداشتن بیماری‌های روانی یا جسمی مزمن، با فرض اعتماد به اظهارات دانشجویان، دانشجو بودن، عدم استفاده از داروهای تأثیرگذار بر حالت روانی یا مصرف مواد مخدر و الکل که این موارد طی مصاحبه‌ها و با توضیحات لازم و با فرض اعتماد به گفته‌های دانشجویان تأیید شد و همچنین تمایل و امکان همکاری به مدت ۶ ماه بود. معیارهای خروج شامل غیبت در بیش از ۱ جلسه درمانی، عدم تجربه شرکت در برنامه‌های روان‌درمانی مشابه و نداشتن سابقه سوءمصرف یا اعتیاد به مواد در ۶ ماه گذشته بود.

در این پژوهش، داده‌ها با استفاده از ابزارهای زیر جمع‌آوری شدند:

پرسشنامه جمعیت‌شناختی که شامل جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شغل بود.

«مقیاس آشفتگی روانشناختی کسلر» (Kessler Psychological Distress Scale) توسط Kessler و همکاران در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۲ طراحی شد (۲۶). ابزار دارای ۱۰ عبارت است که به اندازه‌گیری فراوانی علائم اضطراب و افسردگی در چند هفته اخیر می‌پردازد. پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره دهی می‌شوند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۴۰ است. کسب نمره کمتر از ۱۳، آشفتگی روانشناختی خفیف است، نمره‌های ۱۴ تا ۲۷ آشفتگی روانشناختی متوسط، و نمره‌های ۲۸ تا ۴۰ نشان‌دهنده آشفتگی روانشناختی شدید می‌باشند. بر این

مفاهیم روانکاوی، نظریه دلبستگی و درک سازوکار دفاعی، به افراد کمک می‌کند تا با مقاومت‌ها مقابله و به هیجانات واقعی خود دست یابند. این درمان با کاهش علائمی چون اضطراب و افسردگی، به بهبود هیجانی کارآمد می‌انجامد و تأکیدی بر تعامل بین هیجانات واقعی، اضطراب و سازوکار دفاعی دارد (۲۰).

از سوی دیگر، «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» رویکردی است که بر تقویت نقاط قوت و توانایی‌های فرد برای ایجاد تغییرات مثبت تمرکز دارد و به جای پرداختن به مشکلات گذشته، به اهداف حال و آینده می‌پردازد؛ این درمان کوتاه و متمرکز بر هدف است و بر یافتن راه‌حل‌هاست تأکید دارد (۲۱). مطالعات نشان داده‌اند که این نوع درمان به طور مؤثری مشکلات زناشویی و خستگی زناشویی در زنان را کاهش می‌دهد (۲۲). سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که این درمان پس از یک سال پیگیری، در کاهش افسردگی، اضطراب و اختلالات خلقی در بزرگسالان مؤثر است (۲۳). یک مطالعه در زمینه سوءمصرف مواد نشان داده است که «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» در کاهش اعتیاد و شدت وابستگی و علائم تروما مؤثر بوده است (۲۴). این درمان اکنون برای بسیاری از مشکلات سلامت روانی و هیجانی که معمولاً با سایر روش‌های مشاوره درمان می‌شوند، مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات عزت‌نفس، تنش شخصی و کاری، سوءمصرف مواد و اعتیاد و مشکلات رابطه‌ای، استفاده می‌شود (۲۱).

در حالی که هر ۲ روش درمانی به طور جداگانه در پرداختن به مشکلات روانشناختی از جمله تنش، افسردگی و اضطراب که ۳ مؤلفه اساسی آشفتگی روانشناختی هستند نویدبخش بودند، نیاز به مقایسه اثربخشی آن‌ها برای تعیین مناسب‌ترین مداخله برای دانشجویان دانشگاهی که با این چالش‌ها مواجه هستند وجود دارد. درک و مقایسه نتایج این درمان‌ها، بینش‌های ارزشمندی را برای متخصصان سلامت روان و مراکز مشاوره دانشگاهی فراهم می‌کند و آن‌ها را مجهز به دانش کاربردی برای انتخاب مناسب‌ترین مداخله برای جمعیت دانشجویی می‌کند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی «درمان روان‌پوشی فشرده و کوتاه‌مدت» و «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» بر آشفتگی روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد است.

روش کار

پژوهش حاضر به شکل نیمه‌تجربی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه

اساس، نمره بالاتر، سطوح بالاتری از آشفته‌گی روانشناختی را نشان می‌دهند.

Thelin و همکاران (۲۷) روایی سازه به روش روایی همزمان «مقیاس آشفته‌گی روانشناختی کسلر» را با «شاخص بهزیستی سازمان جهانی بهداشت» (World Health Organization Well-Being Index) روی ۱۰۰ تن از مراجعین به مراکز خدمات بهداشت روان در دانمارک، شامل ۵۴ بیمار با سابقه روانپزشکی و ۴۶ تن بدون سابقه، بررسی و ۰/۷۷ را گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و ضریب امگا روی نمونه‌های فوق، به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است. در پژوهش Silva و همکاران (۲۸) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس آشفته‌گی روانشناختی کسلر» روی ۷۱۷ تن از جمعیت عمومی برزیل انجام و نتایج تک عامل را نشان داد. علاوه بر این، روایی سازه به روش روایی همگرا با «مقیاس تنش ادراک شده» (Perceived Stress Scale) بررسی و ۰/۶۳ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۹۳ حاصل شد. در مطالعه مزهک و همکاران (۳۰)، روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس آشفته‌گی روانشناختی کسلر» با نظر ۱۰ تن از مدرسین و متخصصین روانشناسی و پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان بررسی و تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۴۰ تن از زنان نابارور شهر اهواز بررسی و ۰/۸۸ محاسبه شد. دادفر و همکاران (۲۹) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس آشفته‌گی روانشناختی کسلر» روی ۱۰۳ تن از بیماران غیربستری در بخش‌های روانپزشکی شهر تهران، انجام و نتایج ساختار یک‌عاملی را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۸، ثبات به روش باز آزمون با فاصله ۱ هفته ۰/۸۰ و اسپیرمن براون ۰/۹۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر، روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس آشفته‌گی روانشناختی کسلر» توسط ۵ تن از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد بررسی و تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۲۶ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد بررسی و ۰/۸۲ حاصل شده است. در پژوهش حاضر از برنامه ۱۰ جلسه‌ای برگرفته از روش «روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت» (Davanloo) (روش تعدیل‌شده) استفاده شده است (۳۱). اولین جلسه درمانی

بین ۱/۵ تا ۳ ساعت طول می‌کشد. جلسات بعدی هفتگی و ۱ ساعت بود. همچنین در پژوهش حاضر با پیروی از نسخه دوم کتابچه راهنمای «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» که توسط کمیته تحقیقاتی انجمن «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» (۳۲) تهیه شده است، یک نسخه اصلاح‌شده به طور خاص برای کار با دانشجویان و منطبق بر اهداف پژوهش حاضر اصلاح و استفاده شد. شرح درمان‌ها در ادامه ارائه شده است.

برای بررسی روایی محتوای جلسات، دستور کار جلسات با پژوهش‌های موجود داخلی (۳۳) که از «درمان روان‌پویایی فشرده و کوتاه‌مدت» استفاده کرده بودند، مطابقت داده شد و روایی محتوای آن توسط ۵ تن از اعضای هیئت‌علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد تأیید گردید.

محتوای جلسات «روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت» جلسه مقدماتی: هدف از تشکیل این جلسه معرفی و آشنایی شرکت‌کنندگان با درمانگر و هماهنگی نحوه برگزاری جلسات و توضیحات تکمیلی بود.

جلسه ۱: بررسی مشکلات و ارزیابی توانایی پاسخ به درمان: در این جلسه، درمانگر به بررسی مشکلات دانشجویان پرداخت و توانایی اولیه آن‌ها را برای پاسخ به درمان ارزیابی کرد. با تمرکز بر بیان مشکلات، درمانگر از دانشجویان درخواست کرد تا مثال‌های عینی و مشخصی از چالش‌های خود ارائه دهند و بر توضیحات شخصی، عینی و دقیق تأکید شد.

جلسه ۲: درخواست پاسخ‌های عینی‌تر و بررسی هیجانات: در جلسه دوم، درمانگر به طور مکرر از دانشجویان در رابطه با مسائل اضطراب‌آور، پاسخ‌های مشخص و عینی درخواست کرد. این رویکرد به فعال شدن سازوکار دفاعی آن‌ها کمک کرد. درمانگر از دانشجویان خواست نمونه‌هایی از رویدادهای تنش‌زا که باعث مشکلات شده بودند ارائه دهند و مصاحبه را به سمت مسائل اضطراب‌آور هدایت کرد. **جلسه ۳:** شناسایی، شفاف‌سازی و به چالش کشیدن دفاع‌ها: در این جلسه، پس از تجربه احساسات و دریافت پاسخ‌های مشخص، سازوکار دفاعی دانشجویان فعال شدند. درمانگر با اعمال فشار ملایم بر دانشجویان، دفاع‌های آن‌ها را شناسایی و تحلیل کرد تا توانایی آن‌ها برای تجربه کامل احساسات افزایش یابد. دفاع‌ها در برابر تجربه عاطفی شناسایی و به چالش کشیده شدند.

جلسه ۴: پرداختن به مقاومت انتقالی: در جلسه چهارم، درمانگر به بررسی علائم انتقالی که عمدتاً غیرکلامی بودند پرداخت. این علائم شامل مشتهای گره‌کرده،

خود را تقویت کردند.

جلسه ۱۰: مرور نهایی، جمع‌بندی و پایان درمان: در جلسه نهایی، درمانگر اهداف، راه‌حل‌ها و نتایج را با دانشجویان مرور کرد و بازخورد آن‌ها را دریافت نمود. همچنین، در صورت تمایل دانشجویان به ادامه کار روی مسائل دیگر، درمانگر منابع حمایتی و ارجاعات تکمیلی را ارائه داد. جلسه با جمع‌بندی و پیامی مثبت و امیدوارکننده به پایان رسید تا از رشد و پیشرفت دانشجویان تقدیر شود.

محتوای جلسات «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» نیز از کتابچه کمیته تحقیقاتی انجمن راه‌حل‌محور کوتاه (۳۰) گرفته شده و به صورت اختصاصی برای کار با دانشجویان و هماهنگی با اهداف این پژوهش، اصلاح گردیده است. محتوای اصلاح شده جلسات «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» نیز توسط گروه پژوهشی مقاله حاضر تأیید شده است.

محتوای جلسات «درمان راه‌حل‌محور کوتاه»

پروتکل ۱۰ جلسه‌ای «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» ویرایش شده مناسب گروه سنی دانشجویان و در راستای اهداف پژوهش حاضر بدین شرح است:

جلسه مقدماتی: هدف از تشکیل این جلسه معرفی و آشنایی شرکت‌کنندگان با درمانگر و هماهنگی نحوه برگزاری جلسات و توضیحات تکمیلی بود.

جلسه ۱: ایجاد ارتباط و تعیین اهداف: در این جلسه، درمانگر رابطه‌ای مثبت و حمایتی با دانشجویان ایجاد کرده و تلاش کرد از دغدغه‌ها و چالش‌های تحصیلی، اجتماعی و شخصی آن‌ها اطلاع یابد. درمانگر به احساسات و تجربیات منفی دانشجویان گوش داد، اما بر نقاط قوت و منابع آن‌ها نیز تأکید کرد. با استفاده از پرسش‌های معجزه‌آسا، مقیاس‌بندی و استثنایی، به دانشجویان کمک کرد اهدافی واقع‌بینانه در زمینه رفاه تحصیلی، اجتماعی و شخصی تعیین کنند.

جلسه ۲: مرور پیشرفت و بررسی تغییرات مثبت: درمانگر جلسه را با بررسی تغییرات مثبت از جلسه قبل آغاز کرد. از پرسش‌های تغییر، استثنایی و مقیاس‌پذیر برای شناسایی و تقویت پیشرفت‌ها استفاده کرد و با استفاده از چارچوب مرجع دانشجویان، برای ایجاد برنامه‌های عملی به آن‌ها کمک کرد.

جلسه ۳: تقویت نقاط قوت و بررسی راهبردهای مقابله‌ای: در این جلسه، درمانگر بر شناسایی و تقویت نقاط قوت و منابع دانشجویان تمرکز کرد. با استفاده از پرسش‌های مقیاس‌پذیر، استثنایی و رابطه‌ای، به دانشجویان کمک کرد

گرفتن صندلی، تنش و آه کشیدن بود که برای پوشاندن احساسات عصبی فرد مورد استفاده قرار می‌گرفتند. درمانگر با افزایش تنش و هدایت گفتگو به سمت انتقال، آگاهی دانشجویان را به نشانه‌های غیرکلامی خود جلب کرد و به چالش‌کشی تدافعی در این حوزه ادامه داد.

جلسه ۵: دسترسی مستقیم به ضمیر ناخودآگاه: در این مرحله، تمرکز بر شناسایی و به چالش کشیدن دفاع‌ها به ایجاد احساسات انتقالی قوی و پیچیده در دانشجویان انجامید. فشار و چالش تا زمانی ادامه یافت که نشانه‌های بروز احساسات و انگیزه‌ها ظاهر شدند. درمانگر به دانشجویان کمک کرد تا هر ۳ بعد اصلی یک احساس را به طور کامل تجربه کنند.

جلسه ۶: تجزیه و تحلیل نظام‌مند انتقال: در این جلسه، درمانگر با استفاده از مثلث تعارض و مثلث شخص، به بررسی و تحلیل انتقال پرداخت. درمانگر به ارتباطات بین الگوهای رفتاری دانشجویان در انتقال و سایر روابط گذشته و حال آن‌ها توجه کرد و این شباهت‌ها را شفاف‌سازی کرد.

جلسه ۷: کاوش پویا در ناخودآگاه: در این مرحله، رویدادهای آسیب‌زا که باعث اضطراب، خشم، غم و احساس گناه ناخودآگاه می‌شدند، آشکار و تجربه شدند. درمانگر با تجزیه و تحلیل نظام‌مند مثلث تعارض، به دانشجویان کمک کرد تا به بینشی درباره این احساسات ناخودآگاه دست یابند. همچنین، تاریخچه خانوادگی و روابط گذشته دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت و شواهد کافی از گذشته آن‌ها جمع‌آوری شد.

جلسه ۸: تعمیق بینش و روشن کردن هسته اصلی تعارض: در جلسه هشتم، درمانگر با طرح سؤالات پویا به بررسی بیشتر تعارضات پرداخت. دانشجویان بینش عمیق‌تری درباره ساختار تعارض خود پیدا کردند و هسته اصلی اختلالات روانی آن‌ها شفاف‌تر شد. درمانگر به آن‌ها کمک کرد ارتباطات بین تجارب گذشته و چالش‌های کنونی‌شان را پیدا کنند.

جلسه ۹: تداوم در تجزیه و تحلیل و تقویت مهارت‌های مواجهه: در این مرحله، درمانگر به دانشجویان کمک کرد تا مهارت‌های مقابله با احساسات و دفاع‌های خود را تقویت کنند. با تکیه بر بینش‌های به دست آمده و استفاده از مثلث تعارض و مثلث شخص، دانشجویان به توسعه راهکارهای جدید برای مواجهه با اضطراب و چالش‌های مشابه در آینده پرداخته و مهارت‌های سازگاری

تا راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات خود ایجاد کرده و تغییرات مثبت را تقویت کنند.

جلسه ۴: حمایت از اجرای برنامه‌ها و ارزیابی نتایج اولیه: درمانگر به دانشجویان کمک کرد برنامه‌های عملی خود را اجرایی کنند و نتایج اولیه آن‌ها را ارزیابی کرد. با استفاده از پرسش‌های مقیاس‌پذیر و مقابله‌ای (روش‌های درمان «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» به دانشجویان کمک کرد بر موانع غلبه کرده و موفقیت‌های خود را جشن بگیرند.

جلسه ۵: بررسی موانع و تجدیدنظر در برنامه‌های عملی: درمانگر با دانشجویان درباره هرگونه مانع یا دشواری که تجربه کرده بودند صحبت کرد و در صورت نیاز برنامه‌های عملی را با توجه به بازخورد و ترجیحات آن‌ها تغییر داد.

جلسه ۶: تعمیم مهارت‌ها و راه‌حل‌ها به سایر زمینه‌ها: در این جلسه، درمانگر به دانشجویان کمک کرد راه‌حل‌ها و مهارت‌های خود را به دیگر زمینه‌های زندگی‌شان تعمیم دهند و درک کنند چگونه این راه‌حل‌ها می‌توانند به بهبود زندگی‌شان کمک کنند.

جلسه ۷: پیش‌بینی چالش‌ها و تقویت انعطاف‌پذیری: درمانگر به دانشجویان کمک کرد تا چالش‌های آینده را پیش‌بینی کرده و راهبردهایی برای مقابله با آن‌ها تدوین کنند. همچنین، احساسات مثبت و خودکارآمدی دانشجویان را تقویت کرد.

جلسه ۸: ارزیابی پیشرفت و به‌روزرسانی برنامه‌های عملی: در این جلسه، درمانگر با دانشجویان درباره پیشرفت‌ها و رضایت آن‌ها از برنامه‌های عملی صحبت کرد و در صورت لزوم آن‌ها را به‌روز رسانی کرد.

جلسه ۹: مرور دستاوردها و تقویت خودکارآمدی: درمانگر در این جلسه به مرور دستاوردها و موفقیت‌های دانشجویان پرداخت و بر رشد و انعطاف‌پذیری آن‌ها تأکید کرد تا احساس خودکارآمدی و اعتماد به نفسشان بیشتر شود.

جلسه ۱۰: ارزیابی نهایی و پایان درمان: در این جلسه نهایی، درمانگر اهداف، راه‌حل‌ها و نتایج را با دانشجویان مرور کرد و بازخورد آن‌ها را دریافت کرد. همچنین، در صورت تمایل دانشجویان برای ادامه کار روی مسائل دیگر، منابع حمایتی و ارجاعاتی را ارائه داد و جلسه را با پیامی مثبت و تشکر به پایان رساند.

روش اجرا به این صورت بود که در ابتدا، پژوهشگر اول مقاله حاضر، با اخذ مجوز از واحد پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد و کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد دریافت شد. لازم به ذکر است که

دانشگاه محل تحصیل و اخذ کد کمیته اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد بود و دانشگاه محل نمونه‌گیری و برگزاری جلسات دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد، بود. سپس پژوهشگر اول مقاله حاضر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد، حاضر شد و پس از معرفی خود به مسئولان ذیربط، اهداف و مراحل پژوهش را تشریح کرد و با کسب موافقت مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد، نمونه‌گیری انجام شد. بخشی از دانشجویان، لینک پرسشنامه‌ای که در سامانه پرسلین طراحی شده بود را به صورت آنلاین دریافت کردند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. ۵۴ تن از دانشجویان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و به صورت تصادفی به روش اعداد تصادفی در ۳ گروه «روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت» (۱۸ تن)، «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» (۱۸ تن) و گروه کنترل (۱۸ تن) قرار گرفتند.

کلیه مراحل نمونه‌گیری در مدت ۲۱ روز انجام شد. پس از انتخاب نمونه‌ها برای گروه‌های مداخله و کنترل، پیش‌آزمون با استفاده از «مقیاس آشفتگی روانشناختی کسلر» اجرا گردید. در ادامه، جلسات گروهی به صورت آنلاین در پلتفرم اسکایپ توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر که دوره‌های مرتبط با «روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت» و «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» را گذرانده بود، برگزار شد. جلسات برای گروه «روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت» در روزهای زوج و برای گروه «درمان راه‌حل‌محور کوتاه» در روزهای فرد، هر کدام در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، اجرا شدند. مدت جمع‌آوری داده‌ها با احتساب فرایند نمونه‌گیری ۴ ماه به طول انجامید.

در آغاز هر جلسه، اهداف درمانی برای دانشجویان توضیح داده شد و به سؤالات آن‌ها برای اطمینان از درک صحیح اصول و فرایند درمان پاسخ داده شد. همچنین، از ابتدا تا پایان مداخله، هیچ خدمات مشاوره‌ای دیگری به دانشجویان ارائه نشد. پس از پایان مداخله، به دانشجویان علاقه‌مند به دریافت خدمات مشاوره‌ای، مانند دوره قبل از مداخله، خدمات ارائه شد. یک هفته پس از پایان مداخله‌ها، پس‌آزمون با استفاده از «مقیاس آشفتگی روانشناختی کسلر» برای گروه‌های مداخله و کنترل اجرا گردید.

در راستای رعایت اصول اخلاقی، علاوه بر اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، به دانشجویان اطمینان داده شد که نام و مشخصات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و می‌توانند به صورت داوطلبانه از

یافته‌ها

در جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی و یافته‌های آزمون خردی دو جهت سنجش همگنی گروه‌ها اعضای گروه‌ها ارائه شده است.

پژوهش خارج شوند. همچنین برای اعضای گروه کنترل که مایل بودند جلسات درمانی را برگزار شد. برای تحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار و همچنین آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار اس پی اس نسخه ۲۵ بهره گرفته شد.

جدول ۱: یافته‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها (هر گروه ۱۸ تن)

نتیجه	آماره خردی دو (مقدار احتمال)	گروه «راه حل محور کوتاه»			مشخصه
		گروه کنترل	گروه «راه حل محور کوتاه»	گروه «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت»	
		۱۸	۱۸	۱۸	تعداد کل
جنسیت	همگن	۹ (۵۰ درصد)	۱۰ (۵۶ درصد)	۱۰ (۵۶ درصد)	زن
	همگن	۹ (۵۰ درصد)	۸ (۴۴ درصد)	۸ (۴۴ درصد)	مرد
گروه سنی	همگن	۱۱ (۶۱ درصد)	۱۰ (۵۶ درصد)	۱۰ (۵۶ درصد)	۱۹-۲۰ سال
	همگن	۵ (۲۸ درصد)	۵ (۲۸ درصد)	۵ (۲۸ درصد)	۲۱-۲۲ سال
	همگن	۲ (۱۱ درصد)	۳ (۱۷ درصد)	۳ (۱۷ درصد)	۲۳-۲۴ سال
	همگن	۱۲ (۶۷ درصد)	۱۱ (۶۱ درصد)	۱۱ (۶۱ درصد)	متاهل
وضعیت تأهل	همگن	۶ (۳۳ درصد)	۷ (۳۹ درصد)	۷ (۳۹ درصد)	مجرد
	همگن	۸ (۴۴ درصد)	۷ (۳۹ درصد)	۷ (۳۹ درصد)	کارشناسی
سطح تحصیلات	همگن	۶ (۳۳ درصد)	۶ (۳۳ درصد)	۶ (۳۳ درصد)	کارشناسی ارشد
	همگن	۴ (۲۲ درصد)	۵ (۲۸ درصد)	۵ (۲۸ درصد)	دکتری
شغل	همگن	۹ (۵۰ درصد)	۹ (۵۰ درصد)	۹ (۵۰ درصد)	دانشجو
	همگن	۳ (۱۷ درصد)	۴ (۲۲ درصد)	۴ (۲۲ درصد)	کارمند
	همگن	۲ (۱۱ درصد)	۲ (۱۱ درصد)	۲ (۱۱ درصد)	فرهنگی
	همگن	۴ (۲۲ درصد)	۳ (۱۷ درصد)	۳ (۱۷ درصد)	مشاغل دیگر

در بین گروه‌ها است. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر آشفستگی روانشناختی در ۲ مرحله و ۳ گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که بین گروه‌های مختلف درمان و کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد، که نشان‌دهنده همگنی توزیع این ویژگی‌ها

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرها (آشفستگی روانشناختی) (هر گروه ۱۸ تن)

متغیر	مرحله	گروه «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت»		گروه «درمان راه حل محور کوتاه»		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آشفستگی روانشناختی	پیش‌آزمون	۲۴/۵۶	۴/۷۳	۲۳/۶۱	۵/۸۰	۲۲/۶۱
	پس‌آزمون	۱۹/۷۸	۴/۴۵	۲۱/۶۱	۴/۹۳	۲۳/۵۶

۲۳/۶۱ و ۵/۸۰ و در پس‌آزمون به ترتیب ۲۱/۶۱ و ۴/۹۳ است. میانگین و انحراف معیار آشفستگی روانشناختی در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۲۲/۶۱ و ۴/۹۱ و در پس‌آزمون به ترتیب ۲۱/۶۱ و ۴/۹۳ است. برای بررسی معناداری این تغییرات از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لون (Leven's test) برای

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف معیار آشفستگی روانشناختی در گروه مداخله یک «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» در پیش‌آزمون ۲۴/۵۶ و ۴/۷۳ و در پس‌آزمون به ترتیب ۱۹/۷۸ و ۴/۴۵ است. میانگین و انحراف معیار آشفستگی روانشناختی در گروه مداخله دوم «درمان راه حل محور کوتاه» در پیش‌آزمون

بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون باکس ام (Box's M) ارزیابی قرار گرفت. یافته‌های این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. برای بررسی فرضیه همگنی شیب خطوط رگرسیون مورد

جدول ۳: یافته‌های پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس

آزمون/شاخص	گروه «روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت»	گروه «راہ حل محور کوتاه»	گروه کنترل	شاخص کجی	شاخص کشیدگی
آماره کولموگروف-اسمیرنوف (مقدار احتمال)	۰/۹۰ (۰/۵۹)	۰/۸۳ (۰/۵۳)	۰/۸۰ (۰/۴۹)	۰/۱۵	۰/۸۵-
آزمون/شاخص	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار احتمال	
آشفستگی روانشناختی	۰/۶۳	۲	۵۱	۰/۵۳	
باکس ام	۲/۹۰	۱۲	۱۲۶۰۴/۸۶	۰/۱۲	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که فرض نرمال بودن داده‌ها برای آشفستگی روانشناختی در گروه‌های مداخله و کنترل برقرار است. همچنین نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها تأیید شد. بررسی فرضیه همگنی شیب خطوط رگرسیون نشان داد که اثر متقابل در هیچ‌یک از متغیرهای

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	ضریب اتا
گروه	۲۵۲/۵۲۱	۲	۱۲۶/۲۵۶	۳۷/۳۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹

نتایج جدول ۴ نشان‌دهنده معنادار بودن F محاسبه شده $[F = ۳۷/۳۰۱ و P < ۰.۰۰۱]$ است؛ در نتیجه، دست‌کم یکی از مداخلات درمانی تأثیر معناداری بر متغیر وابسته داشته است. علاوه بر این، مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که ۵۹٪ (درصد) از تغییرات متغیر وابسته توسط اثر مداخله تعیین شده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مشاهده تفاوت میان میانگین گروه‌ها نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
گروه «روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت»	گروه «درمان راه حل محور کوتاه»	-۲/۶۰۳	۰/۶۱۵	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	-۵/۳۶۲	۰/۶۲۱	۰/۰۰۱
گروه «درمان راه حل محور کوتاه»	گروه کنترل	-۲/۷۵۹	۰/۶۱۵	۰/۰۰۱

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» با «درمان راه حل محور کوتاه» بر آشفستگی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد گناباد انجام شد. نتایج نشان داد که هر ۲ روش در کاهش آشفستگی روانشناختی تأثیر معناداری داشتند، اما روش «روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت» اثربخشی بیشتری نشان داد. پژوهشی که به مقایسه این ۲ روش درمانی بر آشفستگی روانشناختی انجام شده باشد یافت نشد و لذا امکان

جدول ۵ نشان می‌دهد که هر ۲ گروه درمانی «روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت» و «درمان راه حل محور کوتاه» تأثیرات معناداری در کاهش آشفستگی روانشناختی نسبت به گروه کنترل داشته‌اند. تفاوت میانگین بین گروه‌های درمانی نیز معنادار بوده، به طوری که «روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت» اثربخشی بیشتری نسبت به «درمان راه حل محور کوتاه» داشته است.

افسردگی، اضطراب، مشکلات عزت نفس، تنش شخصی و کاری، سوء مصرف مواد، اعتیاد و مشکلات رابطه‌ای، استفاده می‌شود (۲۱). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که «درمان راه‌حل محور کوتاه» با تأکید بر شناسایی و بهره‌گیری از نقاط قوت و منابع درونی دانشجو، رویکردی عملی‌تر و متمرکز بر حل مشکلات فوری بود. این روش به دانشجویان کمک کرد تا به جای غرق شدن در گذشته یا علل مشکلات، بر آینده و شناسایی راه‌حل‌های قابل اجرا تمرکز کنند (۲۱). این ویژگی باعث می‌شود که «درمان راه‌حل محور کوتاه» برای دانشجویانی که با مشکلات سطحی‌تر یا موقعیتی نظیر تنش شغلی یا خانوادگی روبه‌رو هستند، بسیار مناسب باشد. با این حال، اثربخشی محدودتر این رویکرد در مقایسه با «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» ممکن است ناشی از این باشد که این روش کمتر به تحلیل عمیق علل بنیادی مشکلات می‌پردازد. مشکلات روانشناختی که ریشه در تعارضات عمیق یا تجربیات منفی گذشته دارند، معمولاً نیازمند رویکردهایی هستند که به لایه‌های عمیق‌تر روانی و هیجانی دانشجو نفوذ کنند (۳۷، ۳۸).

عدم تغییر آشفتگی روانشناختی در گروه کنترل اهمیت مداخلات درمانی را نشان می‌دهد. این یافته تأیید می‌کند که مشکلات روانشناختی معمولاً بدون مداخله فعال، به طور طبیعی کاهش نمی‌یابند و حتی ممکن است در طول زمان تشدید شوند. این نتیجه با مطالعه پیشین همخوانی دارد که نشان می‌دهند فرآیندهای خودبه‌خودی اغلب برای کاهش علائم روانشناختی کافی نیستند و برای بهبود مؤثر، مداخلات حرفه‌ای ضروری است (۱۰).

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» و «درمان راه‌حل محور کوتاه» در کاهش آشفتگی روانشناختی مؤثر بودند، اما اثربخشی «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» به‌طور قابل توجهی بیشتر از «درمان راه‌حل محور کوتاه» بود. بر این اساس، به مشاوران و روان‌شناسان شاغل در مراکز مشاوره دانشگاهی پیشنهاد می‌شود از «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» برای کاهش مشکلات روانشناختی دانشجویان استفاده نمایند. پژوهش حاضر با چندین محدودیت روبرو بود که باید در تعمیم نتایج مد نظر قرار گیرد. این محدودیت‌ها شامل

مقایسه کلی نتایج به صورت کلی برای پژوهشگر فراهم نشد.

نتایج نشان داد که «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» بر کاهش کاهش آشفتگی روانشناختی اثربخش بود. همانطور که در مقدمه به آن اشاره شد آشفتگی روانشناختی بیانگر افسردگی و اضطراب است (۱۲). Ten Have-De Labije & Neborsky (۲۰) در پژوهش خود و همسو با نتایج مطالعه حاضر بیان می‌کنند که «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» با کاهش علائمی چون اضطراب و افسردگی، به بهبود هیجانی کارآمد می‌انجامد و تأکیدی بر تعامل بین هیجانات واقعی، اضطراب و سازوکار دفاعی دارد (۲۰). در تبیین این نتیجه می‌توان بیان داشت که «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» بر بررسی تعارضات ناخودآگاه، تحلیل سازوکار دفاعی و کاوش در ریشه‌های مشکلات افراد متمرکز است (۳۱). این روش با تشویق دانشجو به مواجهه و پردازش عمیق‌تر هیجانات، امکان تغییرات پایدارتر و معنادارتری را فراهم می‌کند. یکی از دلایل اثربخشی این روش می‌تواند این باشد که با تمرکز بر ریشه‌های مشکلات روانشناختی، به دانشجو کمک می‌کند الگوهای رفتاری و هیجانی ناکارآمد را شناسایی کرده و آن‌ها را اصلاح کند (۳۲). به عنوان مثال، دانشجویانی که اضطراب یا افسردگی آن‌ها از تعارضات درونی ناآگاهانه سرچشمه می‌گیرد، از طریق این نوع درمان می‌توانند به آگاهی عمیق‌تری از این تعارضات برسند و در نتیجه، بهبودی پایدارتری را تجربه کنند (۳۳). از سوی دیگر، با توجه به نقش سازوکار دفاعی در مقابله با تنش‌های روانی، تحلیل این سبک‌ها و اصلاح آن‌ها در قالب این روش، به بهبود سلامت روانی دانشجویان کمک می‌کند. نتایج مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که تمرکز بر جنبه‌های ناخودآگاه و پردازش عمیق هیجانات می‌تواند به بهبود قابل توجهی در علائم اضطراب و افسردگی منجر شود (۳۱-۳۶).

همچنین نتایج نشان داد که «درمان راه‌حل محور کوتاه» بر کاهش آشفتگی روانشناختی مؤثر است. همسو با نتایج پژوهش حاضر، Knekt و همکاران (۲۳) در مطالعه خود نشان دادند که «درمان راه‌حل محور کوتاه» در کاهش افسردگی، اضطراب و اختلالات خلقی در بزرگسالان مؤثر است. همچنین De Shazer و همکاران (۲۱) همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که «درمان راه‌حل محور کوتاه» برای بسیاری از مشکلات سلامت روانی و هیجانی مانند

و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد با کد IR.IAU.BOJNOURD.REC.1403.002 در تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۱۰ ثبت شده است. نویسندگان از همه شرکت کنندگان و کسانی که در انجام این پژوهش کمک کرده‌اند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. Park SY, Andalibi N, Zou Y, Ambulkar S, Huh-Yoo J. Understanding students' mental well-being challenges on a university campus: Interview study. *JMIR Formative Research*. 2020;4(3):692-714. <https://doi.org/10.2196/15962>
2. Bekkouche NS, Schmid RF, Carliner S. "Simmering pressure": How systemic stress impacts graduate student mental health. *Performance Improvement Quarterly*. 2022;34(4):547-572. <https://doi.org/10.1002/piq.21365>
3. Madigan DJ, Curran T. Does burnout affect academic achievement? A meta-analysis of over 100,000 students. *Educational Psychology Review*. 2021;33(2):387-405. <https://doi.org/10.1007/s10648-020-09533-1>
4. Pasinringi MAA, Vanessa AA, Sandy G. The relationship between social support and mental health degrees in emerging adulthood of students. *Golden Ratio of Social Science and Education*. 2022;2(1):12-23. <https://doi.org/10.52970/grsse.v2i1.162>
5. Bergmann C, Muth T, Loerbroks A. Medical students' perceptions of stress due to academic studies and its interrelationships with other domains of life: A qualitative study. *Medical Education Online*. 2019;24(1):1603526. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1603526>
6. Bynum WE, Varpio L, Lagoo J, Teunissen PW. "I'm unworthy of being in this space": The origins of shame in medical students. *Medical Education*. 2021;55(2):185-197. <https://doi.org/10.1111/medu.14354>
7. Liu X, Ping S, Gao W. Changes in undergraduate students' psychological well-being as they experience university life. *International Journal*

محدود بودن مطالعه به گروه سنی جوانان بود. بعلاوه، دوره پیگیری به دلیل عدم دسترسی به تمام دانشجویان در طول زمان از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دکترای مریم نبیلی نوقابی رشته روانشناسی به راهنمایی آقای دکتر ابوالفضل بخشی پور در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد می‌باشد. پایان نامه با کد کارآزمایی بالینی IRCT20240602061984N1 در سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران در تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۲

- of Environmental Research and Public Health. 2019;16(16):2864-2878. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162864>
8. Cage E, Jones E, Ryan G, Hughes G, Spanner L. Student mental health and transitions into, through and out of university: Student and staff perspectives. *Journal of Further and Higher Education*. 2021;45(8):1076-1089. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2021.1875203>
 9. Maser B, Danilewitz M, Guérin E, Findlay L, Frank E. Medical student psychological distress and mental illness relative to the general population: A Canadian cross-sectional survey. *Academic Medicine*. 2019;94(11):1781-1791. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002958>
 10. Hamza CA, Ewing L, Heath NL, Goldstein AL. When social isolation is nothing new: A longitudinal study on psychological distress during COVID-19 among university students with and without preexisting mental health concerns. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne*. 2021;62(1):20-30. <https://doi.org/10.1037/cap0000255>
 11. Al-Tammemi AB, Akour A, Alfalah L. Is it just about physical health? An online cross-sectional study exploring the psychological distress among university students in Jordan in the midst of COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*. 2020;11: 562213-562230. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.562213>
 12. McLafferty M, Brown N, McHugh R, Ward C, Stevenson A, McBride L, Brady J, Bjourson AJ, O'Neill SM, Walsh CP, Murray EK. Depression, anxiety and suicidal behaviour among college students: Comparisons pre-COVID-19 and during the pandemic. *Psychiatry Research Communications*. 2021;1(2):100012.

- <https://doi.org/10.1016/j.psychom.2021.100012>
13. Saravanan C, Mahmoud I, Elshami W, Taha MH. Knowledge, anxiety, fear, and psychological distress about COVID-19 among university students in the United Arab Emirates. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11:582189-582204. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.582189>
 14. Lai AY, Lee L, Wang MP, Feng Y, Lai TT, Ho LM, Lam VS, Ip MS, Lam TH. Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on international university students, related stressors, and coping strategies. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;23(11):584240-584257. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.584240>
 15. Burnette JL, Knouse LE, Vavra DT, O'Boyle E, Brooks MA. Growth mindsets and psychological distress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2020; 77:101816-101829. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101816>
 16. Qayyum A, Kousar S, Jamil RA, Sarmad M. Relationship between work-family and interpersonal conflicts: Mediating role of psychological distress and the moderating effect of Islamic work ethics. *Journal of Islamic Business and Management*. 2018;8(2):100-125. <https://doi.org/10.26501/jibm/2018.0802-010>
 17. Viertio S, Kiviruusu O, Piirtola M, Kaprio J, Korhonen T, Marttunen M, Suvisaari J. Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Public Health*. 2021;21:1-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10560-y>
 18. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévoist D. Epidemiology of psychological distress. *Mental Illnesses-Understanding, Prediction and Control*. 2012;5:69(2):105-116. <https://doi.org/10.5772/30872>
 19. Parviainen M, Aunola K, Torppa M, Poikkeus A-M, Vasalampi K. Symptoms of psychological ill-being and school dropout intentions among upper secondary education students: A person-centered approach. *Learning and Individual Differences*. 2020; 80:101853-101569. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2020.101853>
 20. Ten Have-De Labije J, Neborsky RJ. *Mastering Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Roadmap to the Unconscious*. Routledge; 2018. <https://doi.org/10.4324/9780429477119>
 21. De Shazer S, Dolan Y, Korman H, Trepper T, McCollum E, Berg IK. *More than miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy*. Routledge; 2021. <https://doi.org/10.4324/9781003125600>
 22. Arianfar N, Rasouli R. [The comparison of solution-focused couple therapy with Acceptance and Commitment Couple Therapy on marital burnout of couples]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019;1(20):47-60. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.663541>
 23. Knekt P, Lindfors O, Heinonen E, Maljanen T, Virtala E, Härkänen T. The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorders. *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling*. 2020;1: 349-366. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36560-8_19
 24. Kim JS, Brook J, Akin BA. Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. *Research on Social Work Practice*. 2018;28(4):452-462. <https://doi.org/10.1177/1049731516650517>
 25. Cohen J. *Statistical Power Analysis*. *Current Directions in Psychological Science*. 1992;1(3):98-101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
 26. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*. 2002;32(6):959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
 27. Thelin C, Mikkelsen B, Laier G, Turgut L, Henriksen B, Olsen LR, Larsen JK, Arnfred S. Danish translation and validation of Kessler's 10-item Psychological Distress Scale-K10. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2017;71(6):411-416. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1312517>
 28. Silva BF, Santos-Vitti L, Faro A. Kessler Psychological Distress Scale: internal structure and relation to other variables. *Psico-USF*. 2021;26(1):91-101. <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260108>
 29. Dadfar M, Vahid M K A, Lester D, Bahrami F K. Kessler Psychological Distress Scale (K6): Psychometric testing of the Farsi form in psychiatric outpatients. *Advances in Biore-*

- search. 2016; 7(2): 105-108.
30. Mashak R, Naderi F, Chinaveh M. [The effectiveness of Positive Psychotherapy on self-compassion, self-criticism, perception of suffering and psychological distress of infertile women]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021;10(6):12-27. <http://jhpm.ir/article-1-1353-en.html>
31. Davanloo H. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*. 2001;2(2):25-70. <https://www.istdp.ch/en/node/529>
32. Trepper TS, McCollum E, De Jong P, Korman H, Gingerich W, Franklin C. Solution-Focused Therapy treatment manual for working with individuals. Solution-Focused Brief Therapy Association Research Committee .2nd edition. 2013. <https://doi.org/10.4135/9781483352930.n2>
33. Jamali S, Mehrabizhe Honarmand M, Hashemi SE, Davoodi I. [The effectiveness of “Intensive and Short-Term Psychodynamic Therapy” on fear of guilt and latent aggression in female patients with contamination obsessive-compulsive disorder]. *Journal of Health Promotion Management*. 2022;11(1):47-60. <http://jhpm.ir/article-1-1256-en.html>
34. Knekt P, Lindfors O, Heinonen E, Maljanen T, Virtala E, Härkänen T. The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorders. In: Knekt P, editor. *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling*. Springer; 2020. p. 349-366. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36560-8_19
35. Driessen E, Fokkema M, Dekker JJ, Peen J, Van HL, Maina G, Rosso G, Rigardetto S, Cuniberti F, Vitriol VG, Andreoli A. Which patients benefit from adding Short-Term Psychodynamic Psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression? A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Psychological Medicine*. 2023;53(13): 6090-6101. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003270>
36. Çitak S, Avcı SH, Kahraman BB. The effectiveness of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in depression and anxiety disorders. *Psychodynamic Practice*. 2021;27(4):372-383. <https://doi.org/10.1080/14753634.2021.1951825>
37. Caldiroli A, Capuzzi E, Riva I, Russo S, Clerici M, Rouštayan C, Abbass A, Buoli M. Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. *Journal of Affective Disorders*. 2020;273(1):375-379. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.002>
38. Schröder T, Cooper A, Naidoo R, Tickle A, Rennoldson M. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). In: Schröder T, editor. *Formulation in action*. De Gruyter; 2015. p. 99-122. <https://doi.org/10.1515/9783110471014-009>
39. Kim J, Kelly M, Franklin C. *Solution-Focused Brief Therapy in schools: A 360-Degree View of the Research and Practice Principles*. Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190607258.001.0001>
40. Franklin C, Zhang A, Froerer A, Johnson S. Solution-Focused Brief Therapy: A systematic review and meta-summary of process research. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2017;43(1):16-30. <https://doi.org/10.1111/jmft.12193>