

تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری، با میانجی‌گری حل مسأله اجتماعی، بر افسردگی نوجوانان دختر دبیرستانی

بهناز ertezaee^۱
عبدالزهره نعیمی^۲

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی در درمان افسردگی نوجوانی با میانجی‌گری آموزش حل مسئله اجتماعی بود. بر این اساس، در قالب یک مطالعه‌ی تجربی همراه با گروه کنترل و آزمایش و با ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون، تعداد ۶۰ نوجوان دختر دارای تشخیص افسردگی انتخاب شدند و به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه‌ی افسردگی هامیلتون مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک غربال شدند و پرسشنامه‌های افسردگی بک و پرسشنامه‌ی حل مسئله اجتماعی، قبل و بعد از انجام مداخله از هر دو گروه گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار R تجزیه تحلیل شد. نتایج به روش تحلیل مسیر نشان داد که درمان شناختی رفتاری برافزایش توانایی حل مسئله تأثیر دارد (ضریب مسیر: ۰/۲۱). افزایش توانایی حل مسئله اجتماعی بر کاهش نمرات افسردگی تأثیر دارد (ضریب مسیر: ۰/۳۸). درمان شناختی رفتاری با میانجی‌گری حل مسئله اجتماعی بر نمرات افسردگی نوجوانان تأثیر دارد (ضریب مسیر: ۰/۳۳)؛ بنابراین آموزش حل مسئله اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی در درمان شناختی رفتاری نوجوانان معرفی شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، نوجوانی، درمان شناختی رفتاری، حل مسئله اجتماعی.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه شهیدچمران اهواز Behnaz_ertezaee@yahoo.com
۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه شهیدچمران اهواز naamiabdul@yahoo.com

مقدمه

افسردگی یکی از اختلال‌های مهم و رایج عصر ماست، تحقیقات نشان می‌دهد که ۷۵ درصد از کسانی که در مؤسسات درمانی بستری می‌شوند دچار افسردگی هستند (هارینگتون^۱، ۱۹۹۴). دوره‌های افسردگی تک‌قطبی معمولاً با یک عامل استرس‌زا ایجاد می‌شوند. در واقع افراد افسرده سبک زندگی استرس‌زایی دارند در نتیجه این وقایع فشار آور جرقه‌ای برای ایجاد افسردگی می‌شود (گوتمن و نمراف^۲، ۲۰۱۱). نشانه‌های افسردگی نسبتاً در همه سنین یافت می‌شوند و در ۴۰ درصد کودکان و نوجوانان دیده می‌شود (کامر^۳، ۲۰۱۳). مطالعات حاکی از این است که بسامد مشکلات ذهنی در طول نوجوانی افزایش می‌یابد، یکی از رایج‌ترین مشکلات ذهنی در نوجوانان افسردگی است (اسکین و همکاران^۴، ۲۰۰۸). افراد افسرده معمولاً احساس بی‌فایده‌گی، خلأ، تهی بودن و نومیدی دارند. افراد افسرده معمولاً خودشان را به بی‌عرضگی و بی‌لیاقتی متهم می‌کنند، از خودشان عیب و ایراد بی‌جا و غیرمنطقی می‌گیرند، خودشان را مسخره و تحقیر می‌کنند (ویلسون و دایینی^۵، ۲۰۱۰). سبک‌شناختی منفی پیش‌بین بسیار قدرتمندی برای شروع دوره‌های افسردگی است به همین دلیل درمان شناختی یکی از شناخته‌شده‌ترین درمان‌ها برای افسردگی محسوب می‌شود (نیو بوی و همکاران^۶، ۲۰۱۴). از میان روش‌های درمانی افسردگی عمده در نوجوانی، رویکرد شناختی رفتاری (CBT) توجه عمده را به خود جلب کرده است (کاری^۷، ۲۰۰۳). توجه عمده باید معطوف به اثربخش‌تر کردن شیوه‌ی شناختی درمانی برای افسردگی نوجوانان باشد. شیوه‌های آزمایشی با گروه کنترل با شناخت دقیق دلایل تأثیر می‌تواند در افزایش اثربخشی این رویکرد درمانی نقش عمده‌ای داشته باشد (هاوارد و موراس و همکاران^۸، ۱۹۹۶). ارزیابی نقش متغیرهای میانجی در تأثیر مداخله‌های درمانی برای افسردگی اهمیت ویژه‌ای دارد که در پژوهش‌ها کمتر به آن پرداخته شده است و دلیل آن تا حد زیادی عدم شناخت متغیرهای میانجی احتمالی است (کازدین و نک^۹، ۲۰۰۳؛ هینشاو^{۱۰}، ۲۰۰۲؛ ویرسینگ و ویز^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ کازدین^{۱۲}، ۱۹۹۶). درک متغیرهای میانجی به دلایل زیادی اهمیت دارد (کویی و همکاران^{۱۳}، ۱۹۹۳). نخستین دلیل آن درک فرآیندهای زیربنایی اثربخشی مداخله‌ها و سازوکارهای نظری است که تصور می‌شود در به ثمر رسیدن شیوه‌های درمان نقش دارند. اگر اثرات مداخله‌ها حتی در صورت نبود و فقدان تغییر در متغیرهای میانجی مشاهده شوند در این صورت می‌توان نتیجه گرفت که نظریات زیربنایی تبیین نادرستی انجام داده‌اند. متغیرهای میانجی همچنین نشان می‌دهند که کدام مؤلفه درمان اهمیت بیشتری دارد و بنابراین در ساخت درمان‌های التقاطی می‌توانند نقش زیادی داشته باشند (کالکاو و برنت^{۱۴}، ۲۰۰۰).

1. Harirington
2. Gutman&nemrof
3. comer
4. Eskin et al
5. Wilson & Deane
6. Newby etal^۶ Wilkinson etal
7. Curry
8. Howard, Moras etal
9. Kazdin & Nock
10. Hinshaw
11. Weersing & Weisz
12. Coie etal
13. Kolko, Brent

حل مسئله از ارزشمندترین اهداف تربیتی و آموزشی به حساب می‌آید و این روش در پیشگیری از ناتوانی‌های روانی و عاطفی دانش‌آموزان مفید است (موتاری و همکاران، ۲۰۰۵). این مؤلفه یک میانجی مهم در افسردگی است، همان‌طور که می‌دانیم یک رابطه‌ی سببی بین افسردگی و توانایی حل مسئله وجود دارد (دیوکسین، ۲۰۰۰). حل مسئله به‌عنوان یک سپر بلا در مورد وقایع منفی عمل می‌کند (نزو، ۱۹۸۶). بدل و لانکوسس^۲ (۱۹۹۷) معتقدند مسئله‌زمانی وجود دارد که یک شخص خواسته‌هایی دارد و نمی‌داند چگونه آن‌ها را به دست آورد. یک مسئله می‌تواند تحت عنوان یک خواسته‌ی برآورده نشده تعریف شود. حل مسئله فرآیندی است که به شخص در به دست آوردن و چگونگی به دست آوردن خواسته خود به روش مؤثر کمک می‌کند. از نظر دیرزولا و گلد فرید، (۱۹۷۱) مسئله، اشاره به یک موقعیت یا مجموعه‌ای از موقعیت‌های مرتبط دارد که یک شخص به‌منظور کارکرد مؤثر در محیط باید به آن‌ها پاسخ دهد. از نظر این دانشمندان موقعیتی مسئله‌آمیز تلقی می‌شود که فرد در مواجهه با آن موقعیت یک پاسخ فوری نداشته باشد؛ بنابراین تمام موقعیت‌هایی که دارای جنبه‌ی جدید، پیچیده، مبهم و یا متعارض باشند دارای مسئله هستند و نیازمند رفتار حل مسئله می‌باشند (عسگر پور، ۱۳۹۲). در مورد روش‌های بررسی نقش میانجی در اثربخشی درمان‌ها بحث‌های زیادی وجود دارد (کافمن و همکاران^۳، ۲۰۰۵). شیوه‌های بررسی تحلیل میانجی در ایران تا حد زیادی شناخته شده است (سرمد، ۱۳۷۶، عریضی و خلیلی، ۱۳۸۷). با وجود تعدد مقاله‌های تحلیلی معمولاً همه‌ی آن‌ها از زیر چتر مقاله بارون و کنی^۴ خارج شده است؛ بنابراین مسئله‌ی اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش و اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری افسردگی نوجوانی از طریق متغیرهای میانجی احتمالی است. یکی از این متغیرهای میانجی آموزش مهارت‌های اجتماعی است که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

همان‌طور که می‌دانیم یک رابطه‌ی سببی بین افسردگی و توانایی حل مساله وجود دارد به همین دلیل یکی از مؤلفه‌های مهم درمان شناختی رفتاری آموزش حل مساله است (دیوکسین^۵، ۲۰۰۰). حل مساله به‌عنوان یک سپر بلا در مورد وقایع منفی عمل می‌کند (نزو، ۱۹۸۶). حل مساله از ارزشمندترین اهداف تربیتی و آموزشی به حساب می‌آید و این روش در پیشگیری از ناتوانی‌های روانی و عاطفی دانش‌آموزان مفید می‌باشد. می‌توان گفت از طرفی آموزش یک فرآیند مداوم است و ایجاد انگیزه شخصی و نیز برای بهبود زندگی لازم است. زیرا زندگی پر از مشکلاتی هست که باید حل شود. بنابراین افراد و خصوصاً دانش‌آموزان باید دارای خلاقیت فکری در جهت حل مساله باشند. مهارت حل مساله سطحی از دانش است که افراد را در مواجهه با مشکلات و گرفتن بهترین تصمیم آماده می‌کند (اهنبرگ و همکاران^۶، ۲۰۰۷). بنابراین تمام موقعیت‌هایی که دارای جنبه‌ی جدید، پیچیده، مبهم و یا متعارض باشند دارای مساله هستند و نیازمند رفتار حل مساله می‌باشند (عسگر پور، ۱۳۹۲).

اهمیت نظری این پژوهش در این است که در این پژوهش برای اولین بار این نتیجه به دست آمد که در سندرم افسردگی تغییر در ناامیدی و خود پنداره توسط درمان شناختی رفتاری رخ می‌دهد که تأثیر هر یک از این متغیرها با روش تحلیل میانجی به دست می‌آید. واضح است، تست مدل میانجی تلاش مهمی است که اعتباریابی متغیرهای میانجی حتی می‌تواند نقش مهمتری از بررسی کارایی یا عدم کارایی درمان داشته باشد.

1. Dixon
2. Bedell & lennox
3. kufman etal
4. Baron and Kenny
5. Dixon
6. Ehrenberg

فرضیه‌ی پژوهش

درمان شناختی رفتاری از طریق حل مسأله، بر بهبود افسردگی نوجوانان تأثیر دارد.

روش پژوهش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه‌ی آماری پژوهش‌های حاضر کلیه‌ی نوجوانان دختر (۱۷ - ۱۴ سال) دانش‌آموز شهر اصفهان است نمونه‌ی مورد بررسی ۶۰ نفر از نوجوانان دختر افسرده‌ی مشغول به تحصیل است. متغیر مستقل در این پژوهش درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل درمانی «مقابله با افسردگی برای نوجوانان» است. متغیر وابسته در این پژوهش شامل نمره‌ی شرکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی و پرسشنامه محقق ساخته حل مسأله سنجیده می‌شود. شرکت‌کنندگان در مرحله‌ی اول، از بین ۶۴۹ نفر از دانش‌آموزان دو مدرسه‌ی واقع در ناحیه چهار شهر اصفهان بر اساس مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه مصاحبه‌ای هامیلتون غربال شدند. در مرحله‌ی اول بر اساس مقیاس بک ۲۱۲ نفر نمرات متوسط بالاتر از متوسط کسب کرده بودند (نمره‌ی ۲۹ و بالاتر) و در غربالگری ثانویه دو گروه ۳۳ نفره (۶۶ نفر به دلیل احتمال ریزش نمونه) به گروه کنترل و گروه آزمایش گمارده شدند. شرکت‌کنندگان پس از پایان جلسات درمانی مجدداً ارزیابی شدند.

ابزار پژوهش

الف). پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم: این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی یکی از ۴ گزینه‌ی را که نشان‌دهنده‌ی شدت علامت افسردگی در مورد خویش است را برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل بین ۰ تا ۶۳ است. مجتبیایی و قاسم‌زاده با اجرای BDI-II بر روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و ضریب باز آزمایی را بافاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش کردند (ابراهیمی، ۱۳۸۶). در ایران در پژوهش دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶)، بر روی ۳۵۴ آزمودنی مبتلا به افسردگی اساسی، ضریب اعتبار کل برای ۲۱ گویه برابر ۰/۹۱ به دست آمد. به‌طور کلی نتایج مؤید اعتبار و پایایی مناسب این پرسشنامه بود (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶). در مطالعه حاضر پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

ب). مقیاس افسردگی همیلتون: به منظور سنجش افسردگی و بر اساس احوال هفته گذشته بیمار به کار می‌رود. این مقیاس روی علائم ملانکونیک و مالیخولیایی و جسمانی تأکید دارد. ضریب روایی هم‌زمان مقیاس را ۰/۸۲ و روایی محتوایی آن را از طریق فراوانی پاسخ ارزیابان ۰/۶۲ است. پایایی بین ارزیابان ۰/۹۹، پایایی از طریق دونیمه سازی ۰/۸۹ و آلفا ۰/۷۲ است (راموس و بریوا، ۱۹۹۸). در مطالعه حاضر پایایی ابزار مذکور با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

پرسشنامه‌ی حل مسأله اجتماعی: این پرسشنامه ۱۲ سؤال محقق ساخته بر مبنای الگوی رابین و ویس، ۱۹۸۰ می‌باشد. این پرسشنامه تعداد تعارضات والدین و فرزندان را در طول دو هفته‌ی اخیر می‌سنجد. سؤالات این پرسشنامه بر اساس الگوی کلارک و همکاران^۲، ۱۹۹۹ انتخاب شده است. ضریب

1. BDI-II
2. Romos – Brieva
3. Clarke et al

آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمده است (کافمن و همکاران، ۲۰۰۵). آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر ۰/۷۹ و ضریب پایایی گوتمن ۰/۷۸ و ضریب تنصیف ۰/۷۷ و پایایی بازآزمایی بر روی یک نمونه ۴۰ نفری برابر ۰/۸۲ در فاصله دو هفته بوده است. در مطالعه حاضر پایایی ابعاد مذکور با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی و آلفای کرونباخ ابزارهای پژوهش

تفاضل نمرات گروه گواه			تفاضل نمرات گروه درمان			متغیر
آلفای کرونباخ ابزارها	انحراف معیار	میانگین	آلفای کرونباخ ابزارها	انحراف معیار	میانگین	
پیش‌آزمون ۰/۵۸	۷/۲۸	-۴/۲۴	پیش‌آزمون ۰/۶۴	۶/۵۲	-۹/۲۹	افسردگی بک
پس‌آزمون ۰/۵۶			پس‌آزمون ۰/۵۴			
پیش‌آزمون ۰/۶۶	۵/۲۹	۰/۷۲	پیش‌آزمون ۰/۶۵	۶/۴۸	۱۰/۴۸	حل مسئله اجتماعی
پس‌آزمون ۰/۷۶			پس‌آزمون ۰/۵۸			

جدول ۱ ویژگی‌های توصیفی و آلفای کرونباخ ابزارهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود نمرات افسردگی گروه درمان پس از انجام مداخله ۹/۲۹ نمره کاهش داشته است در حالی که این تفاوت نمره در گروه گواه تنها ۴/۲۴ نمره بود. همچنین نمرات حل مسئله گروه درمان پس از انجام مداخله ۱۰/۴۸ نمره کاهش داشته است در حالی که این نمره در گروه گواه ۰/۷۲ کاهش داشته است. همچنین با توجه به جدول ۱ ضرایب آلفای پرسشنامه‌ها، حاکی از همبستگی بالای بین سؤالات پرسشنامه است.



نمودار ۱. مدل میانجی در درمان شناختی رفتاری افسردگی

همان طور که اشاره شد یکی از اهداف این پژوهش بررسی میانجی‌های درمان است، نمودار ۱ مسیر بررسی متغیر میانجی (حل مساله اجتماعی) در درمان شناختی رفتاری را نشان می‌دهد.

جدول ۲: تفکیک اثرات مستقیم و غیرمستقیم، تأثیر درمان بر افسردگی

متغیر	اثر میانجی (مسیر B)	اثر مداخله بر میانجی (مسیر A)	مسیر C	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	واریانس تبیین شده
حل مسئله اجتماعی	۰/۳۳	۰/۲۳	۰/۳۷	۰/۳۰	۰/۰۷	۰/۱۹

توجه: با توجه به نمودار ۱، که در آن طرح پژوهش (با عنوان مدل میانجی در درمان شناختی رفتاری افسردگی) نشان داده شده است، منظور از مسیرهای A و B و C مشخص شده است. توجه: با توجه به نمودار ۱ که در آن طرح پژوهش (با عنوان مدل میانجی در درمان شناختی رفتاری افسردگی) نشان داده شده است، منظور از مسیرهای A و B و C مشخص شده است. در جدول شماره ۲ اثرهای میانجی و مداخله بر میانجی و اثرات مستقیم و غیرمستقیم (میانجی) گزارش شده است و ترکیب آن‌ها مسیر C را تشکیل می‌دهد. نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر افزایش توانایی حل مساله تأثیر دارد (ضریب مسیر: ۰/۲۳). توانایی حل مساله بر کاهش نمرات افسردگی تأثیر دارد (ضریب مسیر: ۰/۳۳) و درمان شناختی رفتاری با میانجی‌گری حل مساله بر نمرات افسردگی نوجوانان تأثیر دارد (ضریب مسیر: ۰/۳۷). برای بررسی میزان اثر غیرمستقیم در مدل میانجی، از جدول تحلیل رگرسیون استفاده می‌شود که در آن مدل کاهش یافته مطابق با رابطه (۱)

$$g(E(|X_1, \dots, X_p, M^* = \cdot, G = \cdot)) = B_0 + B_1X_1 + \dots + B_pX_p$$

و مدل کامل متناسب با رابطه ۲ است
رابطه (۲)

$$g(E(|X_1, \dots, X_p, M^* = \cdot, G = \cdot)) = B_0 + B_1X_1 + \dots + B_pX_p + \theta_0 + \theta_1X_1 + \dots + \theta_pX_p + \gamma M$$

که M متغیر میانجی را نشان می‌دهد.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون میانجی (حل مسئله) بر افسردگی

متغیر	مدل کامل با متغیر میانجی	مدل کاهش یافته بدون متغیر میانجی	SE	SE
عرض از مبدأ	۰/۱۲۲	۰/۰۹۷	۰/۱۰۹	۰/۰۸۴
اثر گروه	۰/۳۰	۰/۰۸۲	۰/۳۷	۰/۰۷۴
حل مسئله اجتماعی	۰/۲۳	۰/۰۰۶	-	-

در جدول شماره ۳ تحلیل رگرسیون میانجی برای حل مسأله بر افسردگی گزارش شده است. همان‌طور که دیده می‌شود اثر گروه در مدل کامل با ضریب استاندارد رگرسیون $0/30$ و در مدل کاهش یافته با ضریب استاندارد رگرسیون $0/37$ است که در هر دو معنی‌دار است. با توجه به روش بارون و کنی تفاضل این دو مقدار برابر $0/7$ است (اثر غیرمستقیم) که نشان‌دهنده‌ی نقش متغیر میانجی است.

اثر مستقیم + اثر غیرمستقیم = اثر کل

خطای معیار اندازه‌گیری برای اثر گروه در مدل کامل و میانجی به ترتیب $0/82$ و $0/74$ است که نشان می‌دهد آزمایش توانسته با دقت زیاد بین گروه آزمایشی و گواه، تفاوت ایجاد کند

جدول ۴. برآورد از طریق فاصله اطمینان برای اثر غیرمستقیم حل مسئله بر افسردگی در درمان شناختی رفتاری

روش	برآورد	SE	فاصله اطمینان $0/95$	فاصله اطمینان $0/99$
سویل	$0/70$	$0/28$	$(0/15, 0/125)$	$(0/01, 0/160)$
GEE	$0/70$	$0/25$	$(0/21, 0/119)$	$(0/05, 0/135)$
بوت استرپ درصد	$0/70$		$(0/29, 0/132)$	$(0/09, 0/150)$

در جدول ۴ برای بررسی معناداری اثر غیرمستقیم حل مسئله باید فاصله اطمینان حول برآورد محاسبه گردد. خطای معیار اندازه‌گیری در برآورد سوئل و برآورد تعمیم‌یافته (GEE) به ترتیب $0/28$ و $0/25$ است. فاصله اطمینان $0/95$ و $0/99$ در هر دو روش شامل صفر نیست. همچنین فاصله‌ی اطمینان‌های ساخته‌شده برای $0/99$ نیز شامل صفر نیست. بنابراین در هر دو روش فرضیه‌ی پژوهشی دال بر وجود میانجی تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی حل مسئله اجتماعی، بر کاهش علائم افسردگی نوجوانان طراحی شده است. نتایج را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که به علت وجود تفاوت در مهارت‌های افراد برای حل مشکلات، میزان افسردگی آنان می‌تواند با نقص در مهارت‌های حل مسئله مرتبط باشد، درمان شناختی رفتاری به‌واسطه‌ی غنای آن در درمان افسردگی از اهمیت خاصی برخوردار است و این رویکرد مشتمل بر راهبردهای متنوعی است که یکی از آن‌ها آموزش حل مسئله است. در واقع کاهش معنادار نمره‌های افسردگی پس از آموزش حل مسئله می‌تواند این باشد که دانش آموزان گروه مداخله آموختند که در مواجهه با مشکلات ابتدا مشکل را ارزیابی کنند و از بین راه‌حل‌های موجود بهترین و مناسب‌ترین راه‌حل را انتخاب کنند و با توجه به شرایط موجود، آن را به‌کارگیرند (مرادی، ۱۳۸۱). مطالعات نشان داده است که آموزش بر پایه‌ی حل مسئله، باعث افزایش توانمندی افراد در حیطه‌ی مهارت‌های، اجتماعی، شناختی، مدیریتی، تحقیقی و آموزشی می‌شود که حیطه‌ی اجتماعی، قوی‌ترین مورد است در این روش به افراد آموزش داده می‌شود تا از روش‌های جدید و منظم برای غلبه بر مسائل استفاده کنند و همچنین به فرد آموزش داده می‌شود تا احساس کنترل خود را روی مسائل افزایش دهد. در این پژوهش نیز به حل مسئله خصوصاً از بعد اجتماعی و حل تعارضات والدین و فرزندان پرداخته‌شده است بنابراین داشتن مهارت حل مسئله هم برای والدین و هم برای نوجوانان

لازم و ضروری است و کمکی برای حل مشکلاتشان خواهد بود (چون کات-هو، ۲۰۰۸). هم‌چنین برای تبیین این فرض می‌توان به تحقیقات اخیر اشاره کرد برای مثال می‌توان گفت افسردگی متوسط، با توانایی حل مسئله‌ی سازنده و روابط بین فردی و مشکلات اجتماعی رابطه دارد. گوتلیپ و آسارنو^۱ (۱۹۷۹) به این نتیجه دست یافتند که افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده کمتر درگیر فهم معانی و تفکر^۲ می‌شوند که این خود یک توانایی و یکی از مراحل گام‌به‌گام حل مسئله است. هم‌چنین نزو و رونان^۳ دریافتند افسردگی متوسط در مقایسه با افراد غیر افسرده در دانشجویان در توانایی ارائه‌ی راه‌حل‌های متنوع و گرفتن تصمیمات در زندگی واقعی با مشکل مواجه می‌شوند. در نهایت تحقیقات نشان می‌دهد افراد افسرده کارآمدی کمتری در این دو مهارت (راه‌حل‌های متنوع و گرفتن تصمیمات در زندگی) دارند (نزو و نزو و سارایدارین^۴ و همکاران، ۱۹۸۶). بنابراین حل مسئله هم می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر باشد هم مراحل و گام‌هایی که در حل مسئله به دانش‌آموزان آموخته می‌شود می‌تواند یک سبک تفکر سازنده را بنیان ریزی کند که نه تنها در مسئله‌ی اخیر و تعارضات مرسوم خود از آن استفاده می‌کنند بلکه در تمام حوزه‌های زندگی نیز از آن بهره می‌برند، زیرا سبک تفکر همیشه همراه انسان هست و البته باید با تمرین و کاربردی کردن آن در شرایط مختلف زندگی، پایه‌های این نوع سبک تفکر را بنیان‌گذاری کرد.

هم‌چنین این پژوهش نشان داد که آموزش حل مسئله توانسته است تعارضات را در دانش‌آموزان کاهش دهد و به بهبود رابطه با والدینشان کمک کند. پس می‌توان گفت آموزش حل مسئله به‌عنوان یک راهبرد مؤثر برای برخورد با تعارضات والد فرزند در کاهش تعارضات، افزایش توانایی استدلال و کاهش پرخاشگری کلامی و فیزیکی و افزایش توافق‌پذیری در بین والدین و فرزندان عمل کرده است. جا دارد که تمامی دانش‌آموزان را با این مهارت آشنا نمود تا بتوانند زندگی سالم و مؤثری داشته باشند و هنگام برخورد با مشکلات ارتباطی خصوصاً در محیط خانواده درمانده نباشند. هم‌چنین یکی از مراحل مهم در حل مسئله گفت‌وگو کردن در مورد مسئله است که می‌توان گفت به‌طور کلی گفت‌وگو نکردن درباره‌ی مسئله نه تنها آن را حل نخواهد کرد بلکه مسئله را به قوت خود باقی خواهد گذاشت. آموزش حل مسئله به افراد کمک می‌کند تا از توانایی استدلال کمک بگیرند تا بتوانند مشکل را شناسایی و حل کنند و باعث می‌شود که دانش‌آموزانی که قدرت ضعیف درباره‌ی ارتباط با والدین خود دارند بر سر مشکلات به وجود آمده به بحث و گفت‌وگو بپردازند و مشکلات را از طریق مذاکره و گفت‌وگو حل کنند.

یکی از کاربردهای مهم تحلیل میانجی در بررسی درمان‌های روان‌شناختی، بناگذاری درمان‌های التقاطی و کوتاه‌مدت است؛ که بر مبنای پژوهش‌های کمی و تجربی به‌دست آمده باشد. می‌توان با روش تحلیل میانجی مؤلفه‌های درمانی قوی را به دست آورده و آن‌ها را با یکدیگر مقایسه کرد؛ بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که بر مبنای تحقیق حاضر به بررسی درمان‌های بالینی بپردازند و عناصر موجود در هر درمان را سنجیده و نقش آن را در درمان مشخص کنند.

پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار است؛ فراهم نبودن شرایط برای پیگیری، از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. علاوه بر آن با توجه به این که جامعه موردنظر را دانش‌آموزان دختر

1. Gotlib and Asarnow

2. means-end thinking

3. Nezu and Ronan

4. Saraydarian et al

دبیرستانی تشکیل می‌دهد تعمیم نتایج به تمامی افشار و گروه‌ها باید با احتیاط صورت بگیرد. با توجه به چهارچوب نظری رویکرد شناختی و نتایج پژوهش‌های انجام گرفته‌ی قبلی و نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌گردد: ۱- پژوهش‌های بیشتری با این شیوه برای نمونه‌های بیشتر و در سایر مقاطع سنی انجام شود ۲- شناخت درمانی گروهی به همراه رویکردهای دیگر جهت بهبود افسردگی دانش‌آموزان پسر نیز انجام شود و نتایج آن مقایسه شود. ۳- توصیه می‌شود این پژوهش در مورد سایر متغیرهای میانجی در درمان شناختی رفتاری نیز انجام شود. ۴- به دلیل این که یکی از بررسی‌های مهم در این پژوهش بررسی نقش متغیر میانجی، در درمان بود و این نوع پژوهش مستلزم حجم نمونه‌ی بالا است. در این پژوهش که ترکیب کار آزمایشی بالینی و روش‌های جدید آماری است با محدودیت بزرگی مواجه بودیم که آن لزوم حجم نمونه‌ی بالا برای نتیجه‌گرفتن از روش تحلیل میانجی است؛ که این مورد می‌تواند با پیش‌فرض‌های گروه‌درمانی که معمولاً حجم نمونه‌ی پایینی برای درمان انتخاب می‌کنند در تضاد باشد، ولی پژوهشگر با استفاده از رابطه‌ی درمانی مناسب و گروه‌بندی متناسب توانست تا حد زیادی بر این مشکل غلبه کند.

منابع

- ابراهیمی، الف. (۱۳۸۶). "مقایسه اثربخشی روان‌درمانی یک پارچه‌گرای دینی، درمان شناختی رفتاری و دارو درمانی بر میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسرده‌خویی". پایان‌نامه مقطع دکتری رشته روانشناسی دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- دابسون، ک. محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). "مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی". ویژه‌نامه توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی. ۸(۲۹).
- عریضی، ح. خلیلیان، م. (۱۳۸۷). "روش‌های تحلیل میانجی و کاربرد آن در بررسی جاذبه‌های سازمانی به عنوان متغیر میانجی". مجموعه مقالات فارسی نهمین کنفرانس آمار ایران، دانشگاه اصفهان، ۳۰ مرداد تا ۱ شهریور. ۲۴۱-۲۳۰.
- عسگر پور، الف. (۱۳۹۲). «اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر حل مسأله‌ی اجتماعی و رفتار سازشی دانش‌آموزان کم‌شنوا». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه اصفهان.
- مرادی، م. (۱۳۸۱). بررسی سودمندی آموزش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر تهران در بهبود وضعیت بهداشت روانی ایشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Curry, J. (2001). Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. *Biological Psychiatry*, 49, 1091-1100.
- Clarke, G. Lewinsohn, P. Hops, H. (2000). *Student work book adolescent coping with depression*

- course. Leaders manual for adolescence groups adolescent groups adolescent coping with depression course
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Adolescent coping with depression course. Retrieved July 10, 1997, from <http://www.kpchr.org/acwd/acwd.html>.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., et al. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Comer, R. J. (2013). *Abnormal Psychology*. Princeton University, 8, 224-241.
- Curry, J. F., & Reinecke, M. A. (2003). Modular therapy with adolescents with major depression. *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (pp. 95-127). New York: Guilford.
- Choon -Haut kph G., Wong, ml., & ohm. (2008). the effects of problem -based learning during medical school on physician competency: A system review. *Canadian medical association journal*. 178(1):34-41.
- Ehrenberg AC, Haggblom M. (2007). Problem-based learning in clinical nursing education: integrating theory and practice. *Nurse education in practice*;7(2):67-74.
- Eskin, M. & Ertekin, K. & Demir, H. (2008). Efficacy of a Problem-Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults. *Cogn Ther Res* 32:227.
- Gutman, D. A., & Nemeroff, C. B. (2011). Stress and depression. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*. (pp. 345-357). New York: Springer Publishing.
- Harrington, R. C. (1994). Affective disorders. *Child and adolescent psychiatry*. pp330-350.
- Hinshaw, S. P. (2002). Intervention research, theoretical mechanisms, and causal processes related to externalizing behavior patterns. *Development and Psychopathology*, 14, 789-818.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Kant GL, Dzurilla TJ, Maydeu-Olivares A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cog nit Res*; 21(1): 73-96.
- Kaufman, N.K, Rohde, P, Seeley, J.R, Clarke .(2005). Potential mediators of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with Comorbid Major Depression Conduct disorder. *Journal of consulting and Psychology*. Vol 13 PP 38 – 46.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kolko, D. J., Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., & Brimaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation and moderation. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 68,603-614.
- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133-156.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology &*

- Psychiatry, 44, 1116-1129.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "sub-threshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345-351.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "sub-threshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345-351.
- Moattari M, Soltani A, Moosavinasab M, Ayatollahi AR. (2005). The effect of a short term courses of problem solving on self-concept of nursing students at shiraz faculty of nursing and mid-wifery. *Iranian Journal of Medical Education*; 5(2): 147-155. (Persian)
- Newby, J. M., Williams, A. D., & Andrews, G. (2014). Reductions in negative repetitive thinking and metacognitive beliefs during trans diagnostic internet Cognitive behavioral therapy (iCBT) for mixed anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 52e60.
- Nezu, A. N. Kalmar, K. George, F. R. (1986). "Social Problem Solving as a Moderating Variable Between Negative Life Stress and Depressive Symptoms." *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 10, No. 5, 1986, pp. 489-498.
- Robin, A. L., & Weiss, J. G. (1980). Criterion-related validity of behavioral and self-report measures of problem-solving communication skills in distressed and non-distressed parent-adolescent dyads. *Behavioral Assessment*, 2, 339-352.
- Romos – Brieva, J.A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatry Research*, 22, 21 – 28.
- Segal, Z.V., Germer, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3-10.
- Weersing, V.R., & Weisz, J.R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: Benchmarking usual care against CBT clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 299 – 310.
- Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2010). Helpnegation and suicidal ideation: The role of depression, anxiety and hopelessness. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 291-305.