

دانش و پژوهش در روانشناسی  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)  
شماره سی ام - زمستان ۱۳۸۵  
صص ۱۳۸ - ۱۲۳

## تأثیر آموزش سبک حل مسأله به شیوه اسپواک و شوره بر کاهش افسردگی دانش آموزان معلول جسمی - حرکتی دوره راهنمایی شهر اصفهان در (۸۵ - ۱۳۸۴)

آذر نصری<sup>۱</sup> - پرویز شریفی درآمدی<sup>۲</sup> - سید رضا میرمهدی<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش سبک حل مسأله به شیوه اسپواک و شوره<sup>۴</sup> بر کاهش افسردگی دانش آموزان معلول جسمی - حرکتی مقطع راهنمایی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان معلول جسمی - حرکتی مقطع راهنمایی شهر اصفهان بوده است. در این پژوهش با استفاده از آزمون افسردگی بک ۲۲ نفر به عنوان دانش آموز افسرده شناخته و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند ۱۱ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۱ نفر به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. طرح پژوهش، از نوع آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون

---

۱- مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد

۲- استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

۳- عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور

با گروه گواه است. پس از اجرای آموزش سبک حل مسأله در مدت هفت جلسه به گروه آزمایش، مجدداً بر روی هر دو گروه آزمون افسردگی بک اجرا گردید و نتایج بررسی و مقایسه شدند. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روشهای آماری  $t$  مستقل و آزمون تحلیل کوواریانس نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش و گواه بوده است به عبارت دیگر تفاوت‌های فردی در واریانس نمرات دو گروه ناشی از آموزش بوده است ( $P < 0/01$ ). نتایج به‌دست آمده از فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر تفاوت تأثیر آموزش سبک حل مسأله بر کاهش افسردگی برحسب جنس معنادار نبوده، بنابراین تأثیر آموزش بر کاهش افسردگی دختران و پسران یکسان بوده است ( $P < 0/05$ ).  
کلید واژه‌ها: سبک حل مسأله، افسردگی، معلول جسمی - حرکتی.

#### مقدمه

ما برای کودکانمان چیزی بیشتر از بدنهای سالم می‌خواهیم از آنها انتظار زندگی همراه با عشق و دوستی و رفتارهای خوب و پسندیده داریم و می‌خواهیم مشتاق آموختن و مبارزه متقابل و تعامل با مشکلات روزمره زندگی باشند (سلیگمن، رایویچ و دیگران، ۱۹۹۵، ترجمه ایران‌نژاد، ۱۳۷۹). دانش‌آموزان معلول رضایت کمتری از زندگی عادی خود و فعالیتهای مربوط به مدرسه دارند (رضایت)، احساس مثبت کمتری درباره زندگی و تعاملات اجتماعی دارند (بهزیستی) و نسبت به هم‌تایان سالم احساس داخل و شامل بودن (تعلق اجتماعی) کمتری نشان می‌دهند. سیلوانا و دیگران (۲۰۰۲) در بررسی‌های اولیه خود گزارش کرده‌اند که دانش‌آموزان ناتوان، تنها، افسرده، ناراضی در زندگی اجتماعی از طرف هم‌تایان خود میزان پذیرش کمتر دارند.

مهمترین قسمت آموزش این است که افراد معلول یاد بگیرند که داشتن نقص عضو چه معنایی دارد و چگونه خود را با واقعیت تطبیق دهند. یک فرد ممکن است به علت فلج یا سایر عوامل به معلولیت شدید بدنی مبتلا شود و در عین حال از هوش بالایی برخوردار باشد (هالاها و کافمن، ترجمه جوادیان، ۱۳۷۲).

اما کودکان ناتوان جسمی اغلب با مشکلاتی بیش از مشکل پذیرش خود روبه‌رو هستند. برای تعداد زیادی از آنها توانایی انجام کارهای مربوط به زندگی روزانه یک

معجزه به حساب می‌آید. مثلاً یادگیری راه رفتن، ممکن است به برگزاری جشنی منجر شود (هالاها و کافمن، ترجمه جوادیان، ۱۳۷۲).

براساس تعاریف موجود معلول کسی است که به دلیل نقص جسمی- حرکتی قادر نیست، فعالیت‌های عادی زندگی روزمره را به نحو مطلوب انجام دهد و یا در انجام فعالیت‌های مربوط با محدودیتهایی مواجه است. در «آیین‌نامه اجرایی آموزش و پرورش استثنایی» دانش‌آموز معلول جسمی- حرکتی به فردی اطلاق می‌شود که با وجود برخورداری از بهره هوشی مرزی و یا بالاتر به علت مشکلات جسمی- حرکتی شدید قادر به استفاده مؤثر از امکانات آموزشی مدارس عادی نباشد (صالحی، ۱۳۸۴).

اختلالات جسمی- حرکتی آسیب‌هایی هستند که ممکن است بر سهولت حرکت فرد، قدرت هماهنگی و تعادل او و همچنین ظرفیت برقراری ارتباط، یادگیری و سازگاری او تأثیر بگذارد. همان‌طور که کودک با مشکلات جسمی بزرگ می‌شود و رشد می‌کند، برنامه درمانی او برحسب شرایط شامل مهارت‌های تخصصی‌تر و با قوانین متنوع مثل دارو روان‌شناسی، آموزش و نوتوانی شغلی است (شریفی درآمدی، ۱۳۸۱).

افراد برحسب مؤلفه‌های شناختی و عاطفی می‌توانند سنجش خود پیردازند. آنها ممکن است برحسب ارزیابی شناختی از خود، احساس منفی و غمزدگی نسبت به خود داشته باشند و از خود انتقاد کنند یا نگرش مثبت همراه با اعتماد به نفس به خود داشته باشند و با وجود محدودیتها و نقایص، باز خود را فردی بدانند که در جهان هستی اهمیت دارد؛ کودکان معلول جسمی - حرکتی در زمینه‌های شناختی و عاطفی مربوط به عزت‌نفس با هم متفاوت هستند. بیشتر آنها برداشت و ارزیابی شناختی واقعی و بازخورد مثبت از خود دارند و در بعضی از آنها شواهدی که عزت‌نفس پایین را نشان می‌دهد، وجود دارد. در سالهای اولیه، احتمالاً از نگرش والدین افسرده می‌شوند، ولی در سالهای بعد نظرات همسن و سالان برای آنها مهم می‌شود (شریفی درآمدی، ۱۳۸۱).

افراد در برخورد با مشکلات، با یکدیگر تفاوت دارند. بسیاری از مواردی را که ما از نظر بالینی «رفتار نابهنجار» یا «اختلال هیجانی» می‌نامیم، می‌توان به تعبیر بهتر، رفتار غیرمؤثر با پیامدهای منفی آن دانست، مانند اضطراب و افسردگی که مشکلات ثانویه‌ای

ایجاد می‌کند (دیویسون و گلدفرید<sup>۱</sup>، ۱۹۷۶). این در حالی است که افراد معلول، اغلب در زندگی با موانعی روبه‌رو می‌شوند که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد و تجربه‌های ناخوشایند و ادراک‌های منفی به وجود می‌آورد (سیلوانا و دیگران، ۲۰۰۲). کودکانی که اعتماد به نفس بالا دارند و زمینه مهارت‌های اجتماعی و حل مسأله در آنان زیاد است، به احتمال کمتری دستخوش افسردگی می‌شوند (سلیگمن، رایویچ و دیگران، ترجمه داورپناه، ۱۳۸۳).

افسردگی یکی از اختلالات خلقی است که شخص احساس غمگینی و بی‌حوصلگی می‌کند. مشخصات اصلی افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت‌بخش روزمره مثل؛ تفریح، ورزش، معاشرت با افراد، غذا خوردن و روابط جنسی است. براساس متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (TR-DSM-IV) اختلال‌های خلقی به اختلال‌های افسردگی (اختلال افسردگی عمده، اختلال افسرده‌خویی) و اختلال دو قطبی (نوع ۱ و ۲) و دو اختلال بر مبنای سبب‌شناسی یعنی اختلال خلقی ناشی از بیماری‌های جسمانی و اختلال خلقی ناشی از مواد تقسیم می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه نیکخوا، ۱۳۸۱).

مهمترین علائم افسردگی ناتوانی در کسب لذت از چیزهایی است که قبلاً برای شخص لذت‌بخش بوده است و اکنون پوچ و بی‌معناست. در این پژوهش اصطلاح افسردگی به اختلال افسردگی عمده و اختلال افسرده‌خویی اطلاق می‌شود که با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک مشخص می‌شود و افرادی که نمره ۱۰ و بالاتر از آن در این آزمون بگیرند افسرده تلقی می‌شوند.

دو نوع اختلال افسردگی وجود دارد: افسردگی یک قطبی که طی آن فرد فقط از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برد مبتلا! و افسردگی دو قطبی (مانیک یا شیدایی) که طی آن هم افسردگی و هم شیدایی رخ می‌دهد. شیدایی عبارت است از: سرخوشی، گشاده‌رویی، تحریک‌پذیری، پرحرفی، عزت‌نفس کاذب و پرش فکر افراطی. وجود این دو اختلال خلقی که ظاهراً در دو جهت مختلف پیش می‌روند اختلال‌های عاطفی افسردگی یک قطبی و افسردگی دو قطبی را به وجود آورده است.

---

1- Davison & Goldfried

در افسردگی چهار نشانه وجود دارد که عبارت‌اند از:

**نشانه‌های هیجانی:** غم برجسته‌ترین و فراوان‌ترین نشانه هیجانی در افسردگی است. همراه با احساس غم، احساس اضطراب نیز اغلب در افسردگی وجود دارد (فولس و گرش<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹).

**نشانه‌های شناختی:** فرد افسرده درباره خود کاملاً منفی فکر می‌کند. این افکار منفی بر نظر او نسبت به خود و آینده تأثیر می‌گذارد. فرد افسرده اغلب عزت نفس کمی دارد. او باور دارد که شکست خورده و مسؤول شکست خودش است. او معتقد است که حقیر، بی‌کفایت و نالایق است. باور دارد که ویژگی‌های لازم (هوش، جذابیت، ثروت، تندرستی و استعداد) برای موفق شدن در زمینه‌هایی از زندگی که برای او مهم است را ندارد. فرد افسرده علاوه بر عقاید منفی و گناه نسبت به خود، تقریباً همیشه آینده را با بدبینی و نومیدی می‌بیند و معتقد است که اقدامات وی، حتی اگر بتواند از عهده آنها برآید، محکوم به شکست هستند.

**نشانه‌های انگیزشی:** افراد افسرده مشکل زیادی برای شروع فعالیت دارند. حالت شدید آن عدم شروع پاسخ یا فلج اراده است. چنین بیماری نمی‌تواند حتی خود را به انجام کارهایی که برای زندگی ضروری هستند وادار کند.

**نشانه‌های بدنی:** شاید موزیانه‌ترین نشانه‌ها در افسردگی، تغییرات جسمانی باشند. زمانی که افسردگی وخیم‌تر می‌شود، تمام لذات زیستی و روانی که زندگی را باارزش می‌کنند، از بین می‌روند.

۸۰ تا ۹۰ درصد افسردگی‌ها یک قطبی هستند و بدون شیدایی (مانی) روی می‌دهند، بین ۵ تا ۲۰ درصد! به صورت بخشی از افسردگی - شیدایی رخ می‌دهند و آنها را افسردگی‌های دو قطبی می‌گویند. از دید بک<sup>۲</sup> دو عامل موجب افسردگی می‌شود: «سه مفهوم شناختی» و «خطاهای منطقی».

**سه مفهوم شناختی:** سه مفهوم شناختی، از افکار منفی درباره خود، تجربه جاری و آینده تشکیل می‌شود. افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه جاری شامل تعبیری است که آنچه برای او اتفاق می‌افتد، ناگوار است. او موانع جزئی را به صورت موانع غیرقابل

1- Fowles & Gresh

2- Beck

گذر، بد تعبیر می‌کند. بالاخره اینکه، نگرش منفی فرد افسرده در مورد آینده، نگرش درماندگی است. زمانی که او به آینده فکر می‌کند، باور دارد وقایع منفی که اکنون برای او اتفاق می‌افتد، به دلیل نقایص شخصی او در آینده نیز ادامه خواهند یافت.

**خطاهای منطق:** بک باور دارد که خطاهای منظم در منطق، دومین عامل افسردگی است. از دید بک فرد افسرده مرتکب پنج خطای منطقی متفاوت در تفکر می‌شود و هر یک از آنها تجربیات او را تیره می‌کنند: استنباط دلخواه، انتزاع گزینشی، تعمیم مفرط، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی و شخصی‌سازی.

### درمان شناختی

نظریه شناختی بک اعلام می‌کند که علت افسردگی افکار منفی نسبت به خود، تجربه جاری و آینده و خطاهای منطق است. درمان شناختی می‌کوشد با این شناخت‌ها مقابله کند و هدف آن شناسایی فرض‌های نادرست زیربنای افسردگی است که با سه روش شناسایی افکار خودکار، آموزش انتساب مجدد، افکار خودکار و آزمایش واقعیت انجام می‌گیرد.

اسپیواک و شوره رویکرد حل مسأله را شامل روشهای زیر می‌دانند:

- تمرکز بر فرایندهای تفکر که زیربنای حل مسأله بین‌فردی است.
- تبیین و توضیح مهارتهای شناختی قابل تعریف در حل مسأله بین‌فردی.
- کاربرد مهارتهایی که عموماً به آن مهارتهای شناختی حل مسأله بین‌فردی (ICPS) می‌گویند و عبارت است از:

۱- شناخت و تشخیص مسأله (مشکل)

۲- تجزیه مسأله و بررسی احساس خود و دیگران در مورد مسأله

۳- ایجاد راه‌حل‌های چاره‌ساز برای حل مشکل

۴- طراحی یک نقشه برای اجرای بهترین راه‌حل

۵- تحقق بخشیدن (اجرا)، بررسی و ارزیابی نقشه

اسپیواک و شوره (۱۹۷۴) معتقدند که این مهارتها با تمرین و الگودهی از طریق معلمان و مراقبت‌کنندگان یاد داده می‌شوند. آنان خاطر نشان می‌سازند که سبک حل مسأله در مقابله افراد افسرده با بیماریشان مؤثر است.

نزو و رونان (۱۹۸۷) با مقایسه دو گروه از دانشجویان افسرده و غیرافسرده دریافتند که گروه افسرده نسبت به گروه غیرافسرده به طور معناداری راه‌حل‌های متنوع کمتری ایجاد می‌کنند. همچنین آزمودنی‌های افسرده نسبت به آزمودنی‌های غیرافسرده به طور معناداری تصمیمات سودمند کمتری اتخاذ می‌کنند (صاحبی، ۱۳۸۰).

لارسون در سال ۲۰۰۴ کاربرد فرایند حل مسأله در پیشگیری از خشونت در مدرسه پیشنهاد کرد. در دهه گذشته، حل مسأله به عنوان یک الگو برای ارائه خدمات در تحصیلات خاص و عمومی گسترش یافته است (آلن و گرادن، ۲۰۰۲؛ و دنو، ۲۰۰۳).

کوبان (۲۰۰۱) الگوی حل مسأله را به سطح تصمیم‌گیری در ساختار و نظام مدرسه گسترش داده و این فرایند را به عنوان مجموعه‌ای از مراحل که شامل حل مسأله، تصمیم‌گیری و تغییر است تعریف می‌کند (لارسون، ۲۰۰۴).

کاربرد فرایند حل مسأله در پیشگیری از خشونت در مدرسه لارسون در سال ۲۰۰۳ پیشنهاد کرد. همچنین جی، ای و ای، ال (۱۹۹۱) در پژوهشی، افسردگی نوجوانان و شیوع آن را در دانش‌آموزان دبیرستانی بررسی کردند. در این پژوهش یک گروه از دانش‌آموزان دبیرستانی (۲۳۰۰۰ نفر) ۱۶ تا ۱۷ ساله را به دلیل داشتن افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی تحت نظر گرفتند (کبیرزاده، ۱۳۸۰).

در مورد تأثیرات سن و جنس و رابطه آن با افسردگی نوجوانان و درمان آن، تحقیقات نشان داده است که دختران بیشتر از پسران گرایش دارند که خلق افسرده را گزارش دهند و شانس بیشتری برای پیشرفت افسردگی دارند (آل‌گود و دیگران، ۱۹۹۵؛ هلسن و دیگران، ۲۰۰۰). در یک بررسی مابری (۲۰۰۲) گزارش داد که افسردگی در دختران نوجوان تقریباً دو برابر پسران نوجوان است. نتایج بررسی‌ها در مطالعه فراتحلیلی نشان می‌دهد که روان‌درمانی بر روی دختران نوجوان بیشتر از پسران نوجوان مؤثر است (ویز، ۱۹۸۷، کیسی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵). لوگستون (۲۰۰۴) طی بررسی افسردگی بر روی نوجوانان دختر و مراقبت‌های مقدماتی نتیجه‌گیری کرد دارودرمانی، روان‌درمانی بین‌فردی و شناخت‌درمانی هر سه در کاهش افسردگی نوجوانان دختر مؤثرتر هستند.

بنابراین انجام پژوهشی با هدف تعیین تأثیر آموزش سبک حل مسأله بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان معلول جسمی- حرکتی ضروری به نظر می‌رسد. در مطالعه حاضر فرضیه‌های زیر بررسی شده است:

- ۱- آموزش سبک حل مسأله براساس الگوی اسپيوک و شوره بر کاهش میزان افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه مؤثر است.
- ۲- آموزش سبک حل مسأله براساس الگوی اسپيوک و شوره بر کاهش میزان افسردگی بین پسران و دختران گروه آزمایش متفاوت است.

### روش

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی دوره راهنمایی شهر اصفهان بوده است. منظور از معلول کسی است که به دلیل نقص جسمی - حرکتی قادر نیست فعالیت‌های عادی زندگی روزمره را به نحو مطلوب انجام دهد و یا در انجام فعالیت‌های مربوط با محدودیتهایی مواجه است و با وجود برخورداری از بهره هوشی عادی و یا بالاتر به علت مشکلات جسمی - حرکتی شدید قادر به استفاده مؤثر از امکانات آموزشی مدارس عادی نیست (صالحی، ۱۳۸۴). تعداد کل جامعه آماری ۷۵ نفر می‌باشد. در این پژوهش پس از استفاده از آزمون افسردگی بک ۲۲ نفر به‌عنوان دانش‌آموز افسرده شناخته و به‌طور تصادفی ۱۱ نفر به‌عنوان گروه آزمایش و ۱۱ نفر به‌عنوان گروه گواه انتخاب شدند. طرح پژوهش، از نوع آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است.

### ویژگیهای نمونه

دانش‌آموزان با هوش بهر (IQ) عادی در مقطع راهنمایی و دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال که بر اثر بیماریهایی مثل فلج، موکو پلی ساکاریدوز، آرتروگرایپوزیس و اسپینایفیدا دچار معلولیت جسمی - حرکتی شده بودند.

پس از مطالعات مقدماتی منابع و پژوهش‌های انجام یافته در حیطه موضوع پژوهش با در نظر گرفتن نوع و چگونگی ابزار پژوهش اقدام به آماده‌سازی و تنظیم ساختار جلسات درمانی و تکثیر پرسشنامه گردید و بعد از تعیین گروه آزمایش، اجرای جلسات آموزش



گروهی آغاز شد. جلسات آموزشی به صورت گروهی در ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار تنظیم شد. زمان و مکان و اهداف و چگونگی رسیدن به آن در هر جلسه به صورت دقیق با توافق گروه مشخص شد (کلاسها در آموزشگاه جسمی- حرکتی گوهر دانش برگزار گردید). پس از اجرای آموزش سبک حل مسأله در مدت هفت جلسه بر روی گروه آزمایش، مجدداً بر روی هر دو گروه آزمون افسردگی بک اجرا و نتایج بررسی شد.

### ابزار پژوهش

**آزمون افسردگی بک** درجات افسردگی را می‌سنجد. حداکثر نمره در آزمون که نشان‌دهنده عمیق‌ترین حالت افسردگی است ۶۲ است. این آزمون احتمالاً معمولی‌ترین مقیاس خودسنجی افسردگی است. آزمودنی‌ها در رابطه با اینکه حالت فعلی خود را چگونه احساس می‌کنند با گزینه‌های صفر تا ۳ مورد سؤال قرار می‌گیرند. این مقیاس نسبت به تغییر حساس است و در بررسی‌های کلی و ارزیابی بالینی نیز مفید می‌باشد. (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). این آزمون در ایران اعتباریابی شده و اعتبار و پایایی قابل قبول آن مکرراً گزارش شده است (منصور دادستان، ۱۳۶۶؛ صاحبی، ۱۳۸۰). سارودی (۱۳۷۰) پایایی آن را ۷۸ درصد و اعتبار آن را ۸۴ درصد اعلام کرد. منصور (۱۳۶۶) ثبات درونی آزمون بک را ۸۳ درصد و در نوجوانان ایرانی ۸۰ درصد اعلام کرد.

### نتایج

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آماری آزمون t مستقل و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه گواه و آزمایش

گروه	میانگین	انحراف معیار	t	توان آماری
آزمایش	۲۰/۵۴	۱۰/۰۸	۰/۵۸۶	۰/۵۶۵
گواه	۱۸/۲۷	۸		

براساس یافته‌های جدول t مشاهده شده در سطح  $P \leq 0/05$  معنادار نبوده، بنابراین بین میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه گواه و آزمایش تفاوت وجود ندارد. t مشاهده شده با درجه آزادی ۲۰ برابر با ۲/۰۸ (مقدار بحرانی) می‌باشد. فرضیه اول: آموزش سبک حل مسأله طبق الگوی اسپيواک و شوره بر کاهش میزان افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه مؤثر است.

### آزمون فرضیه اول

#### جدول ۲- آزمون همگنی واریانس‌ها

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۳/۱۸	۱	۲۰	۰/۰۸۹

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنیم براساس یافته‌های جدول F مشاهده شده در سطح  $P < 0/05$  معنادار نبوده بنابراین واریانس گروه‌ها همگن می‌باشد.

#### جدول ۳- تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون افسردگی

##### دو گروه پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

مقدار F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
۱۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۱	۰/۹۶۳

براساس یافته‌های جدول شماره ۳، F مشاهده شده در سطح  $P < 0/01$  معنادار بوده بنابراین تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات افسردگی در دو گروه معنادار بوده است و بر اساس ضریب اتا (میزان تأثیر) ۴۵ درصد است. تفاوت‌های فردی در واریانس نمرات دو گروه ناشی از آموزش بوده است، به عبارت دیگر میزان تأثیر آموزش بر کاهش افسردگی ۴۵ درصد است. فرضیه دوم: آموزش سبک حل مسأله طبق الگوی اسپيواک و شوره بر کاهش میزان افسردگی بین پسران و دختران گروه آزمایش تفاوت دارد.

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره پس آزمون افسردگی آزمودنی‌های دختر و پسر

انحراف معیار	میانگین	جنس	گروه
۴/۰۴	۸	پسر	آزمایش
۱۴/۱۶	۱۹	دختر	آزمایش
۴/۲۹	۱۵/۸۵	پسر	گواه
۷/۵۸	۲۷/۷۵	دختر	گواه

آزمون فرضیه دوم

جدول ۵- آزمون همگنی واریانس‌ها

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۴/۰۳	۱۸	۳	۰/۰۲۴

جدول ۶- آزمون تحلیل کواریانس مقایسه میانگین نمرات پس آزمون

افسردگی گروه آزمایش و گواه پس از تحلیل نمرات پیش آزمون

شاخص‌های آماری	مقدار F	سطح معناداری	میزان تأثیر	قدرت
گروه	۱۷/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۰/۹۷۵
جنس	۸/۷۱	۰/۰۰۹	۰/۳۳۹	۰/۷۹۵
تعامل گروه و جنس	۱/۷۹	۰/۱۹۷	۰/۰۹۶	۰/۲۴۵

براساس یافته‌های جدول ۶، F مشاهده شده در خصوص تعامل گروه و جنس در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنادار نبوده، بنابراین تأثیر آموزش بر کاهش افسردگی دختران و پسران یکسان بوده است. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر به‌طور کلی حاکی از آن است که آموزش سبک حل مسأله می‌تواند میزان افسردگی دانش‌آموزان معلول جسمی و حرکتی را کاهش دهد و این تأثیر کاهشی در دختران و پسران به یک میزان می‌باشد.

نمودار ۱- میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در آزمون افسردگی بک

نمودار ۲- میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه

**بحث و نتیجه گیری**

همان‌طور که بیان شد هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر آموزش سبک حل مسأله بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه است. از نتایج به دست آمده موارد ذیل را می‌توان استنباط کرد:

۱- فرض اول پژوهش مبنی بر اینکه آموزش سبک حل مسأله طبق الگوی اسپواک و شوره بر کاهش میزان افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه مؤثر است، تأیید شد. براساس یافته‌های جدول ۳، F مشاهده شده در سطح  $P < 0/01$  معنادار بوده بنابراین تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات افسردگی در دو گروه معنادار بوده است. تفاوت‌های فردی در واریانس نمرات دو گروه ناشی از آموزش بوده است به عبارت دیگر میزان تأثیر آموزش بر کاهش افسردگی ۴۵ درصد است. در همین رابطه دوریک<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) آموزش حل مسأله را در کنار درمان گروهی روانی - تربیتی برای درمان اختلال افسردگی به کار برده است و نتیجه درمان را نیز مثبت گزارش داده است. گرانت<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) با استفاده از آموزش حل مسأله و حمایت اجتماعی برای کاهش افسردگی و افزایش سلامت عمومی و رضایتمندی کلی از زندگی بر روی یک گروه از افراد نتایج قابل قبولی از این آموزش گزارش داده است. سلیگمن، رایویچ و دیگران (۱۹۷۵) نیز خاطرنشان کردند، کودکانی که زمینه قابل قبولی از مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های حل مسأله دارند با احتمال کمتری دستخوش احساس افسردگی می‌شوند. دزوریلا و گلدفرید (۱۹۷۱)، هاگا و همکاران (۱۹۹۵) نیز حل مسأله را به عنوان فرایندی رفتاری خواه از نوع آشکار یا شناختی تعریف کرده‌اند که: ۱- انواعی از پاسخ‌های متناوب ذاتی سودمند را برای مقابله با موقعیت‌های دشوار در دسترس قرار می‌دهد. ۲- احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ را از بین گزینه‌های مختلف افزایش می‌دهد.

نزو (۱۹۸۷)، کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) و دزوریلا و چانک (۱۹۹۵) سبک حل مسأله را به عنوان فرایندی شناختی - رفتاری تعریف می‌کنند که افراد به واسطه آن راهبردهای مؤثر برای مقابله با موقعیت‌های مسأله‌زا در زندگی روزمره را شناسایی و

---

1- Dowrik

2 - Grant

کشف می‌کنند. بر طبق این نظر حل مسأله در ابتدا یک فرایند مقابله‌ای آگاهانه، منطقی پرتلاش و هدفمند است که می‌تواند توانایی فرد را برای مقابله سودمند با انواع وسیعی از موقعیتهای استرس‌زا افزایش دهد.

در همین رابطه نزو (۱۹۷۸)، کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) و صاحبی (۱۳۸۰) فرایند پنج مرحله‌ای را پیشنهاد می‌کند که اگر به نحو سودمندی به‌کار گرفته شود، فرد را نسبت به تنش‌های بیرونی مقاوم و در برابر افسردگی کمتر آسیب‌پذیر می‌سازد. همچنین اورهلر (۱۹۹۶) و نزو و پری (۱۹۸۹) نشان دادند که رویکردهای حل مسأله می‌تواند در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی مؤثر باشند و یا از شروع نشانه‌های افسردگی پیشگیری به‌عمل آورده همچنین یک رویکرد درمانی رفتاری - شناختی و سودمند برای افسردگی است.

۲- فرض دوم پژوهش مبنی بر اینکه آموزش سبک حل مسأله طبق الگوی اسپواک و شوره بر کاهش میزان افسردگی بین پسران و دختران گروه آزمایش متفاوت است تأیید نشد. پژوهش‌های آل‌گود و دیگران (۱۹۹۵)، هلسن و دیگران (۲۰۰۰) نشان داده‌اند که دختران نوجوان گرایش دارند که خلق افسرده را بیشتر از پسران نوجوان گزارش دهند و شانس بیشتری برای پیشرفت افسردگی دارند. مابری (۲۰۰۲) نشان داد که افسردگی در دختران نوجوان تقریباً دو برابر پسران نوجوان است. همچنین لوگستون (۲۰۰۴) طی بررسی افسردگی بر روی نوجوانان دختر و مراقبت‌های مقدماتی نتیجه‌گیری کرد دارودرمانی، روان‌درمانی بین فردی و شناخت درمانی هر سه در کاهش افسردگی نوجوانان دختر مؤثرترند. براساس یافته‌های این پژوهش F مشاهده شده در خصوص تعامل گروه و جنس در سطح  $P < 0/05$  معنادار نبوده، بنابراین تأثیر آموزش بر کاهش افسردگی دختران و پسران یکسان بوده است که این یافته با نتایج بررسی‌ها در مطالعه فراتحلیلی ویز (۱۹۸۷) و کیسی (۱۹۸۵) که نشان می‌دهد روان‌درمانی بر روی دختران نوجوان بیشتر از پسران مؤثر است همخوانی ندارد. یافته حاضر حاکی از این است که این شیوه درمانی بر روی دانش‌آموزان دختر و پسر به‌صورت یکسان تأثیر کاهشی داشته است و جنس فراگیران در نتیجه آموزش تأثیری نداشته است.

## منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، ترجمه نیکخو، (۱۳۸۱)، انتشارات سخن.
- دلاور، علی. (۱۳۸۲)، *احتمالات و آمار کاربردی در روان شناسی و علوم تربیتی*، چاپ هفتم، تهران، انتشارات رشد.
- روزنهای، دیوید آل و مارتین ای، پی سلیگمن. *روان شناسی ناپهنجاری آسیب شناسی روانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، (۱۳۸۳)، تهران، نشر ساوالان.
- سلیگمن، مارتین، ای. پی و کارن رایویچ و دیگران. *کودک خوشبین: برنامه ای برای ایمن ساختن همواره کودکان در برابر افسردگی*، ترجمه فروزنده داورپناه، (۱۳۸۳)، تهران، انتشارات رشد.
- شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۴)، «تأثیر سبک حل مسأله بر میزان عزت نفس نوجوانان دارای مشکلات رفتاری»، *مجله اندیشه های نوین تربیتی*، شماره ۲.
- صاحبی، علی. (۱۳۸۰)، «رابطه سبک حل مسأله و نگرانی در افراد عادی و افسرده»، *فصلنامه علوم روان شناختی*، شماره ۳.
- کبیرزاده، مهری. (۱۳۸۰)، *بررسی میزان افسردگی دانش آموزان دوره متوسطه شهرستان نجف آباد سال ۱۳۷۹ و رابطه آن با وضعیت تحصیلی آنان*، شورای تحقیقات آموزش و پرورش استان اصفهان.
- گلدفرید، ماروین آر. جرالده سی دیویسون. *رفتار درمانی بالینی*، ترجمه سید احمد احمدی علون آبادی، (۱۳۷۱)، چاپ اول، مرکز نشر دانشگاهی.
- هالاها، دانیل، پی. و جیمز ام کافمن. *کودکان استثنایی مقدمه ای بر آموزش های ویژه*، ترجمه مجتبی جوادیان، (۱۳۷۲)، چاپ دوم، انتشارات آستان قدس رضوی.
- HAAGA, D.A.F., FINE, J.A., ROSCOW TERRILL, D., STEWART, B.L & BECK, A.T. (1995). Social problem-solving deficits, dependency, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*.
- KAPLAN, I., HAROLD & SADOK, BENJAMIN. (1995). *comprehensive test book of psychiatry VI*. Williams and Wilkins.
- LARSON, J., BUSSE, R.T. (2004). *A Problem-Solving Approach to School Violence Prevention*, Edited by Shane R. Jimerson and Michael J.

- Furlong, University of Wisconsin-Whitewater and Champman University, To be published by Lawrence, Erlbaum Associate Inc., Mahwah, New Jersey.
- LOGESTON, M.C. (2004). Depression in adolescent girls. *Journal of the American Medical Womans Association*, Vol 59, PP 101–105.
- NEZU, A.M., & RONAN. (1987). *Social problem-solving and depression: Deficits in generating alternatives and decision making*, Southern psychologist.
- SILVANA, M.R., WATSON AND KENETH, D. KEITH. (2002). Comparing The Quality of life of school-age children with and without disabilities. *Mental Retardation*, vol 40, No 4: 304–312.
- JOSSEY BASS. (2006). *The Problem-Solving Approach to Adjustment* by spivak & Shure, Sanfransisco.
- WEISZE, J.R., WEISS, B., ALICKE, M.D. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and clinical*, Vol 55, PP 542 – 549.

تاریخ وصول: ۸۵/۲/۸

تاریخ پذیرش: ۸۵/۵/۱۲