

نقش عملکرد خانواده و تحول مثبت نوجوانی در پیش‌بینی افسردگی دختران نوجوان  
 سیده فاطمه موسوی<sup>۱</sup>، سولماز دبیری<sup>۲</sup>، صدیقه نصیری پور<sup>۳</sup>

The role of family function and positive youth development in prediction of depression of female adolescents

Seyyedeh Fatemeh Mousavi<sup>1</sup>, Solmaz Dabiri<sup>2</sup>, Sedigheh Nasiripour<sup>3</sup>

چکیده

**زمینه:** شناسایی مؤلفه‌های مثبت‌گرای شخصیتی و خانوادگی مؤثر بر کاهش پیامدهای منفی در دختران نوجوان اهمیتی مضاعف دارد.  
**هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش عملکرد خانواده و تحول مثبت نوجوانی در پیش‌بینی افسردگی نوجوانان بود. **روش:** طرح پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دوره دوم دختر متوسطه شهر تهران بود که در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ مشغول به تحصیل بودند. بدین منظور از منطقه ۱۸ آموزش و پرورش شهر تهران به تعداد ۲۹۳ نوجوان دختر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس عملکرد خانواده اپشتاین و همکاران (۱۹۸۳)، تحول مثبت نوجوانی گلدوف و همکاران (۲۰۱۴) و افسردگی کودکان کواکس و بک (۱۹۷۷) استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS24 مورد تحلیل قرار گرفت.  
**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که شایستگی، اطمینان و ارتباط به ترتیب نقش معناداری در پیش‌بینی افسردگی داشتند ( $p=0/001$ ) و در مجموع ۳۹ درصد از واریانس افسردگی را تبیین کردند. مؤلفه‌های عملکرد خانواده شامل نقش، حل مشکل و ابراز عواطف هم به ترتیب نقش معنی‌داری در پیش‌بینی افسردگی داشتند ( $p=0/001$ ) و در مجموع ۲۵ درصد از تغییرات افسردگی را تبیین کردند. **نتیجه‌گیری:** در مجموع نتایج حاکی از اهمیت عملکرد خانواده با تأکید بر مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی شامل شایستگی، اطمینان و ارتباط در ابتلا به افسردگی نوجوانان بود.  
**واژه کلیدی‌ها:** افسردگی، عملکرد خانواده، تحول مثبت نوجوانی

**Background:** The identification of positive family and personality factors affecting the reduction of negative outcomes in adolescent girls is important. **Aims:** This study aimed to study the family function and positive youth development to predict depression in adolescents. **Method:** The present study was a correlational-descriptive design. The statistical population consisted of all secondary school female students (second period) in the city of Tehran who were studying in the academic year 2018-2019. So, 293 girl adolescents that were selected from 18<sup>th</sup> district of education regions by method was multi-stage cluster. According to the sample loss, 293 individuals were included in this study. To collect data, Geldhof et al.'s Positive Youth Development Scale(2014), the Epstein et al.'s Family Assessment Device(1983), and Kovacs and Beck's Child Depression Inventory(1977) were used. Data were analyzed by using SPSS24. **Results:** The results revealed that competence, confidence, and connection respectively played significant roles in predicting depression ( $p=0/001$ ), and totally explained 39% of the variance of depression. The components of family function including role, problem solving, and emotional expression respectively had significant roles in predicting depression ( $p=0/001$ ), and totally explained 25% of the variance of depression. **Conclusions:** Overall, the results indicated the importance of family function with emphasis on the components of positive youth development including competence, confidence, and connection in adolescent depression. **Key words:** depression, family function, positive youth development

Corresponding Author: f.mousavi@alzahra.ac.ir

این مقاله، حاصل برنامه هسته پژوهشی مصوب نویسنده مسئول در معاونت پژوهشی دانشگاه الزهراء<sup>(س)</sup> با عنوان «روانشناسی مثبت‌نگر خانواده‌محور» است.  
 ۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء<sup>(س)</sup>، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

1. Associate Professor, Department of Psychology, Women Research Center, Tehran, Iran (Corresponding Author)

۲. گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

2. Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

3. Ph.D. Student in Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۷/۰۹/۰۶

دریافت: ۹۷/۰۵/۲۳

## مقدمه

شناسایی مؤلفه‌هایی که باعث تشدید پیامدهای منفی از جمله افسردگی در دوره نوجوانی می‌شود، مهم است. از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر افسردگی، خانواده و عملکرد خانوادگی است (ونک و ژوو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). عملکرد خانواده سازه‌ای چندبعدی است که خانواده را به عنوان یک سیستم یکپارچه و پیچیده در نظر می‌گیرد که به رفع نیازهای اساسی اعضا کمک می‌کند (ریان و کیتنر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹). اگرچه بیشتر افراد عملکرد خانواده را معادل با رفتارهای فرزند پروری می‌دانند، اما تأکید سازه عملکرد خانواده بیشتر بر سلامت جمعی خانواده است (میلر<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از کنافل، لیمن، هاویل، کوندل و سندلوسکی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۵). اختلال در عملکرد خانواده به ناتوانی خانواده در انجام وظایفی اطلاق می‌شود که برای سلامتی اعضای خانواده اهمیت دارد (میلر، ریان، کیتنر، بیشاپ و اپستین<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۰). مطالعات حاکی از ارتباط عملکرد خانوادگی ناکارآمد با افسردگی در افراد مختلف است (کنکو، موتوهاشی، ساساکی و یاماجی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۷؛ رستیفو و بوگلس<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۹؛ آمیتو<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۷، هایدن<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۸ و مک کئون، لاک‌وود و ویلیامز<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۷). از برنامه‌های مؤثر بر بهبود عملکرد خانواده‌ها برنامه‌های تحول مثبت نوجوانی<sup>۲۱</sup> است. تحول مثبت نوجوانی سازه‌ای در بستر روانشناسی مثبت‌گراست که به رشد توانمندی‌های نوجوانان توجه دارد. به نظر لرنر<sup>۲۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) برنامه تحول مثبت نوجوانی شیوه جدیدی برای درک نوجوانان است. در این دیدگاه تأکید بر هماهنگ کردن نقاط قوت نوجوانان با محیط فیزیکی و اجتماعی و کمک به نوجوانان آسیب‌دیده است تا به شایستگی و تحول مثبت دست یابند. تحول مثبت نوجوانی با پنج مؤلفه شایستگی<sup>۲۳</sup> (در حوزه‌های تحصیلی، اجتماعی، شناختی و هیجانی)، اعتماد به نفس<sup>۲۴</sup> (حس ارزشمندی و دوست‌داشته‌شدن)، ارتباط (تعاملات مثبت، خوب،

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است. به طوری که ۳۵۰ میلیون نفر از افراد جهان به آن مبتلا هستند (مورکاس، یاسمی، اومرن، چیشولم و ساکسنا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). افسردگی با خلق افسرده، از بین رفتن علاقه و لذت برای انجام فعالیت‌های روزانه طی یک دوره دو هفته‌ای مشخص می‌گردد. خلق افسرده باعث تغییر در عملکرد طبیعی، کارکرد اجتماعی، شغلی و آموزشی فرد اختلال ایجاد می‌کند (پریز، سوو و ایرزوا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). افسردگی اغلب از سنین نوجوانی شروع و باعث کاهش عملکرد افراد می‌شود. طبق برآوردهای انجام شده از هر ۱۰ نوجوان یک نفر یا به عبارتی ۸/۲ درصد نوجوانان مبتلا به افسردگی هستند (کیسلر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). افسردگی در دوره نوجوانی مهمترین عامل وقوع خودکشی و به عنوان دومین تا سومین علت مرگ در این گروه سنی در نظر گرفته می‌شود (هاوتون، ساندرس و اکانر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲؛ وینفوهر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). طبق پژوهش‌های انجام شده نیمی از قربانیان خودکشی در زمان مرگ مبتلا به افسردگی بوده‌اند (زالسمن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶). افسردگی در دوره نوجوانی منجر به آسیب‌های آموزشی و اجتماعی (لوینسون، روه‌دو و سلی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸؛ فلچر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰) گرایش به استعمال دخانیات، مصرف مواد مخدر و چاقی (کینن-میلر، همن و برنن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷؛ هاسلر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) در دوره نوجوانی می‌شود. نجفی، بابایی و رضایی (۱۳۹۶) در پژوهشی بدین نتیجه دست یافتند که بین مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی (شایستگی، اطمینان، خلق و خو، مراقبت و ارتباط) و قلدری رابطه منفی و معنادار و بین مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی (شایستگی، اطمینان، خلق و خو، مراقبت و ارتباط) و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنادار و بین مؤلفه‌های قلدری (قلدری، قربانی و نزاع) و رضایت از زندگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

13. Miller

14. Knafl, Leeman, Havill, Crandell &amp; Sandelowski

15. Miller, Ryan, Keitner, Bishop &amp; Epstein

16. Kaneko, Motohashi, Sasaki &amp; Yamaji

17. Restifo &amp; Bögels

18. Amato

19. Hayden

20. MacKinnon, Lockwood &amp; Williams

21. positive youth development

22. Lerner

23. competence

24. confidence

1. Marcus, Yasamy, Ommeren, Chisholm, &amp; Saxena

2. Pérez, Coó &amp; Irrázaval

3. Kessler. etal

4. Hawton, Saunders &amp; O'Connor

5. Windfuhr. etal

6. Zalsman. etal

7. Lewinsohn, Rohde &amp; Seeley

8. Fletcher

9. Keenan-Miller, Hammen &amp; Brennan

10. Hasler

11. Wang &amp; Zhao

12. Ryan &amp; Keitner

در پایه یازدهم و ۹۴ نفر در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. میانگین و انحراف سنی آنها به ترتیب  $0/84 \pm 17/12$  بود.

### ابزار

پرسشنامه تحول مثبت نوجوانی: این مقیاس، تحول مثبت نوجوانی را از طریق پنج مؤلفه شایستگی (۳ گویه)، اطمینان (۳ گویه)، ارتباط (۴ گویه)، خلق و خو (۴ گویه) و مراقبت (۳ گویه) اندازه گیری می کند که توسط گلدوف<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در ۱۷ گویه به صورت دوازده گویه "واقعاً در مورد من درست است" یا "تقریباً در مورد من درست است" ساخته شد. قابلیت اعتماد آن توسط میلوت<sup>۷</sup> (۲۰۱۴) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون  $0/74$  گزارش شده است. هر یک از شاخصه های شایستگی، اطمینان و مراقبت به وسیله سه گویه و خلق و خو و ارتباط به وسیله چهار گویه اندازه گیری می شود. قابلیت اعتماد آن در پژوهش بابایی، نجفی و رضایی (۱۳۹۶) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون  $0/81$  به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای پرسشنامه  $0/78$  محاسبه شد.

پرسشنامه عملکرد خانواده: این پرسشنامه ۴۵ سؤالی خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را براساس الگوی مک مستر (ثنایی، ۱۳۷۹) در سه بعد حل مسأله، نقش ها و ابراز عواطف از عملکرد خانواده را مشخص می کند. جمع نمرات سه خرده مقیاس، نمره عملکرد کلی خانواده را به دست می دهد. نمره گذاری براساس طیف لیکرت چهاردرجه ای ۱ تا ۴ صورت می گیرد. به گزارش ثنایی (۱۳۷۹) ضرایب آلفای کرونباخ  $0/72$  تا  $0/92$  گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای پرسشنامه  $0/83$  محاسبه شد.

پرسشنامه افسردگی: پرسشنامه خودگزارشی افسردگی در ۲۷ عبارت در طیف ۰-۲ به وسیله کواکس و بک<sup>۸</sup> (۱۹۷۷) برای اندازه گیری افسردگی کودکان و نوجوانان رده سنی ۷-۱۷ سال شامل پنج خرده مقیاس خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی لذتی و حرمت خود منفی ساخته شد که فرد با انتخاب یکی از سه جمله مربوط به هر عبارت احساسات و افکار و رفتار خود را طی دو هفته گذشته بیان می کند. در پژوهش دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی

سازنده با دوستان و خانواده)، خلق و خو<sup>۱</sup> (کسب ملاک هایی برای انجام رفتارهای صحیح) و مراقبت / خودشفقتی<sup>۲</sup> (احساس همدلی و همدردی با دیگران) که منجر به تحول مؤلفه ششم یعنی همکاری<sup>۳</sup> (مشارکت با دیگران، خانواده، جامعه و نهادهای مختلف) است (لرنر و همکاران، ۲۰۰۵). تمرکز اصلی برنامه تحول مثبت نوجوانی بر نقاط مثبت نوجوانان و چالش هایی است که نوجوانان با آنها مواجه می شوند. از آنجا که به این که رشد استقلال و احساس شایستگی از ویژگی های دوره نوجوانی است، تأکید برنامه تحول مثبت نوجوانی بر مشارکت فعال نوجوانان در تصمیم گیری و شکل گیری تعامل مثبت در آنهاست (لرنر و همکاران، ۲۰۰۵). هنگامی که نوجوان تعامل دوجانبه با مردم و نهادهای اجتماعی برقرار می کند، به رشد مؤلفه همکاری در خود کمک می کند. پژوهش ها نشان دادند که تحول مثبت نوجوانی باعث افزایش رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای ناپهناجر مانند افسردگی، سوء مصرف مواد، بزهکاری شده است (سان و شک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ کاتالانو، برگولند، ریان، لونسزک و هاوکینس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). با توجه به آنچه گفته شد سؤال اصلی پژوهش این بود که آیا عملکرد خانواده و مؤلفه های تحول مثبت می توانند افسردگی را پیش بینی کنند؟

### روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان دختر مشغول به تحصیل در مدارس متوسطه (دوره دوم) مناطق ۲۲ گانه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بودند. بدین منظور نمونه ای به تعداد ۲۹۳ به روش تصادفی خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. بدین صورت که از بین مناطق ۲۲ گانه شهر تهران یک منطقه به طور تصادفی انتخاب شد. سپس فهرست مدارس متوسطه دوره دوم دخترانه این منطقه (منطقه ۱۸) تهیه و از بین آنها ۴ مدرسه به طور تصادفی انتخاب شدند. پس از مراجعه به مدارس به طور تصادفی از هر پایه (دهم، یازدهم و دوازدهم) یک کلاس انتخاب و پرسشنامه ها توزیع، اجرا و جمع آوری شدند. از ۲۹۳ نوجوان دختر، ۱۱۳ نفر در پایه دهم، ۸۶ نفر

5. Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak & Hawkins

6. Geldhof

7. Milot

8. Kovacs & Beck

1. character

2. caring/compassion

3. contribution

4. Sun & Shek

استفاده شد. شاخص به‌دست‌آمده از آزمون کولموگروف اسمیرنف حاکی از نرمال بودن توزیع تمام متغیرها ( $p < 0/05$ ) و شاخص دورین واتسون برابر با  $1/63$  برای پیش‌بینی تحول مثبت نوجوانی و  $1/72$  برای پیش‌بینی عملکرد خانواده نشان از استقلال خطاها بود. مقادیر تحمل و VIF در جداول ۲ و ۳ آمده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ۳۹ درصد از کل واریانس افسردگی بوسیله مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی تبیین می‌شود ( $p < 0/01$ ). نتایج نشان می‌دهد که مؤلفه‌های شایستگی، اطمینان و ارتباط به ترتیب با مقادیر بتای  $0/44$ ،  $0/15$  و  $0/17$  ( $p < 0/01$ ) قادر به پیش‌بینی افسردگی به طور منفی هستند، اما مؤلفه خلق و خو و مراقبت با مقدار بتای  $0/08$  و  $0/08$  قادر به پیش‌بینی افسردگی نیستند.

عسگرآباد (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های افسردگی بین  $0/83-0/51$  گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی پرسشنامه  $0/82$  محاسبه شد.

از شاخص‌های آماری میانگین و انحراف استاندارد و از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان برای تجزیه و تحلیل داده در جداول زیر استفاده شد.

### داده‌ها و یافته‌ها

طبق جدول ۱، بین افسردگی با شایستگی ( $r = -0/58$ )، اعتماد ( $r = -0/43$ )، مراقبت ( $r = -0/24$ )، ارتباط ( $r = -0/36$ )، نقش ( $r = -0/37$ )، حل مسأله ( $r = -0/34$ ) و ابراز عواطف ( $r = -0/30$ ) رابطه منفی معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ ). به منظور تعیین نقش مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی و عملکرد خانواده در پیش‌بینی افسردگی از تحلیل رگرسیون همزمان

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش									
متغیرها	M (SD)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. افسردگی	۲۸/۰۳ (۱۰/۱۸)	-							
۲. شایستگی	۷/۴۰ (۲/۴۳)	-۰/۵۸**	-						
۳. اعتماد	۷/۳۶ (۲/۵۱)	-۰/۴۳**	۰/۵۴**	-					
۴. خلق و خو	۸/۸۱ (۳/۷۱)	-۰/۰۶	۰/۱۲*	۰/۳۳**	-				
۵. مراقبت	۹/۲۵ (۲/۸۱)	-۰/۲۴**	۰/۲۲**	۰/۱۷**	۰/۱۸**	-			
۶. ارتباط	۱۰/۱۴ (۳/۳۸)	-۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۳۴**	۰/۲۴**	۰/۲۹**	-		
۷. نقش	۴۱/۶۱ (۹/۰۵)	-۰/۳۷**	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۲۳**	-	
۸. حل مسأله	۳۶/۸۲ (۸/۳۸)	-۰/۳۴**	۰/۲۱**	۰/۱۴*	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۱۵**	۰/۲۲**	-
۹. ابراز عواطف	۲۵/۰۳ (۴/۹۳)	-۰/۳۰**	۰/۲۷**	۰/۱۶**	۰/۱۶**	۰/۲۱**	۰/۱۵**	۰/۲۳**	۰/۳۵**

\*\* $p < 0/01$  \* $p < 0/05$

جدول ۲. نتایج رگرسیون همزمان افسردگی بر مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	r	r <sup>2</sup>	F	b	خطای معیار	$\beta$	t	p	آماره تحمل	آماره VIF
افسردگی	مقدار ثابت				۵۲/۵۵	۲/۲۴		۲۳/۴۹	۰/۰۰۱		
	شایستگی				-۱/۸۶	۰/۲۴	-۰/۴۴	-۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۵۲
	اطمینان	۰/۶۳	۰/۴۰	۳۸/۶۳	-۰/۶۱	۰/۲۴	-۰/۱۵	-۲/۵۷	۰/۰۱	۰/۶۱	۱/۶۴
	خلق و خو				-۰/۲۳	۰/۱۴	-۰/۰۸	-۱/۶۹	۰/۰۹	۰/۸۵	۱/۱۷
	مراقبت				-۰/۲۹	۰/۱۸	-۰/۰۸	-۱/۶۳	۰/۱	۰/۸۸	۱/۱۳
ارتباط				-۰/۵۱	۰/۱۵	-۰/۱۷	-۳/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۲۵	

جدول ۳. نتایج رگرسیون همزمان افسردگی بر مؤلفه‌های عملکرد خانواده

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	r	r <sup>2</sup>	F	b	خطای معیار	$\beta$	t	p	آماره تحمل	آماره VIF
مقدار ثابت					۶۲/۳۱	۳/۵۰		۱۷/۸۱	۰/۰۰۱	-	-
افسردگی	نقش	۰/۵۱	۰/۲۶	۳۳/۱۸	-۰/۳۲	۰/۰۶	-۰/۲۸	-۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۶
	حل مشکل				-۰/۲۶	۰/۰۷	-۰/۲۱	-۳/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۱۷
	ابراز عواطف				-۰/۴۵	۰/۱۱	-۰/۲۲	-۴/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۱۵

برنامه‌های تحول مثبت نوجوانی اشتراک زیادی دارند. در برنامه‌های تحول مثبت نوجوانی هم بر همان مؤلفه‌های مورد تأیید درمان بین فردی تأکید می‌شود، اما در درمان‌های بین فردی که برای درمان افسردگی استفاده می‌شود، به مؤلفه‌های خلق و خو که با کسب ملاک‌های صحیح برای رفتار کردن و انجام دادن کارها ارتباط دارد و بر خودمراقبتی که همدردی و همدلی کردن با دیگران است، پرداخته نمی‌شود، شاید یکی از دلایل عدم پیش‌بینی افسردگی بر اساس خلق و خو و خودمراقبتی همین باشد. علاوه بر موارد بیان شده، دیدگاه تحول مثبت نوجوانی بر ارتقاء سرمایه‌های مثبت نظیر خودتنظیمی، پیوند، انعطاف‌پذیری، هنجارهای اجتماعی و موفقیت‌های علمی، کسب مهارت‌های شناختی و حرفه‌ای و مشارکت اجتماعی، رشد هویت مثبت، ارتباط قوی با همسالان و بزرگسالان تأکید دارد به همین دلیل با افسردگی که تمامی این کارکردها در آن آسیب می‌بینند دارای ارتباط منفی هستند.

یافته‌ها نشان داد تمامی مؤلفه‌های عملکرد خانواده از جمله نقش، حل مسأله و ابراز عواطف هم به صورت منفی قادر به پیش‌بینی افسردگی بودند. این یافته با پژوهش‌های کنکو و همکاران (۲۰۰۷)، رستیفو (۲۰۰۹)، آمیتو (۱۹۸۷)، هایدن و همکاران (۱۹۹۸)، مک کتون و همکاران (۱۹۹۷) همخوانی دارد. این مطالعات نشان دادند که عملکرد خانوادگی ناکارآمد با افسردگی ارتباط مثبت و عملکرد خانوادگی کارآمد نیز با افسردگی ارتباط منفی دارد. می‌توان گفت نوجوانان در بافت خانواده خود جای گرفته‌اند، به همین دلیل دخالت والدین در درمان افسردگی یکی از موضوعات اساسی است. پژوهش‌های مختلف مانند دیتز، وینبرگ، برنت و موسفن<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند که والدین کارآمد با سه فرآیند والدینی چون ایفای نقش (شامل وظایف اولیه فراهم آوردن پول و حمایت، وظایف رشدی)،

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ۲۵ درصد از کل واریانس افسردگی بوسیله مؤلفه‌های عملکرد خانواده تبیین می‌شود. مقدار F نیز نشان‌دهنده معنی‌داری مدل رگرسیون است ( $p < ۰/۰۱$ ). نتایج ضریب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که مؤلفه‌های نقش، حل مسأله و ابراز عواطف با مقادیر بتای ۰/۲۸، ۰/۲۱ و ۰/۲۲ قادر به پیش‌بینی معنادار افسردگی هستند ( $p < ۰/۰۱$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد از بین مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی؛ شایستگی، اطمینان و ارتباط به صورت منفی و معنی‌داری قادر به پیش‌بینی افسردگی بودند. این نتیجه با نتایج سان و شک (۲۰۱۰)، کاتالانو و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی دارد. طبق این مطالعات تحول مثبت نوجوانی باعث افزایش رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای مشکل‌آفرین و منفی مانند افسردگی می‌شود. خلق و خو و مراقبت از مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی قادر به پیش‌بینی افسردگی نبود و با نتایج پژوهش‌های هینز (۲۰۱۳) و سان و شک (۲۰۱۰)، کاتالانو و همکاران (۲۰۰۴) ناهمخوان است.

با توجه به این یافته، مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی مانند شایستگی، اطمینان و ارتباط هر چقدر در نوجوانی بیش‌تر دیده شود، رفتارهای منفی مانند پرخاشگری، بزهکاری و افسردگی کاهش می‌یابد. این یافته را این‌گونه می‌توان تبیین کرد که در درمان‌های بین فردی به منظور بهبود افسردگی نوجوانان بر شایستگی و توانمندی‌های نوجوانان، اعتماد به نفس / اطمینان و ارتباط و مشارکت اجتماعی داشتن آنها تأکید می‌شود (ولف، جانداکسک، میشل، بکر و اسپریتوال<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). هدف از این درمان‌ها از بین بردن عوامل استرس‌زای بین فردی و علایمی است که باعث افسردگی افراد می‌شوند و نیز افزایش استقلالی است که یک بعد از تحول نوجوانان است. از نظر اهداف درمانی برنامه مداخلات بین فردی برای درمان افسردگی با

2. Dietz, Weinberg, Brent & Mufson

1. Wolff, Jandasek, Michel, Becker & Spirito

- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *The annals of the American academy of political and social science*, 591(1), 98-124.
- Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 191-199.
- Fletcher, J. M. (2010). Adolescent depression and educational attainment: results using sibling fixed effects. *Health economics*, 19(7), 855-871.
- Geldhof, G. J., Bowers, E. P., Boyd, M. J., Mueller, M. K., Napolitano, C. M., Schmid, K. L., & Lerner, R. M. (2014). The creation and validation of short and very short measures of PYD. *Journal of Research on Adolescence*, 24(1), 163-176.
- Hasler, G., Pine, D. S., Kleinbaum, D. G., Gamma, A., Luckenbaugh, D., Ajdacic, V. & Angst, J. (2005). Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort St.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Hayden, L. C., Schiller, M., Dickstein, S., Seifer, R., Sameroff, S., Miller, I. & Rasmussen, S. (1998). Levels of family assessment: I. Family, marital, and parent-child interaction. *Journal of family psychology*, 12(1), 7.
- Kaneko, Y., Motohashi, Y., Sasaki, H., & Yamaji, M. (2007). Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural Japanese community: a cross-sectional study. *Community Mental Health Journal*, 43(6), 583-590.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescent Health*, 41(3), 256-262.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., ... & Sampson, N. A. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*, 69(4), 372-380.
- Knafl, K., Leeman, J., Havill, N., Crandell, J., & Sandelowski, M. (2015). Delimiting family in syntheses of research on childhood chronic conditions and family life. *Family process*, 54(1), 173-184.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models*, 1-25.

حل مسأله (توانایی خانواده برای مسائلی که یکپارچگی و ظرفیت کارکردی خانواده را به خطر می‌اندازد) و ابراز عواطف (تبادل کلامی و میزان علاقه اعضای خانواده) در فرآیند درمان نوجوانان افسرده نتایج مثبتی در پی دارد. والدین کارآمد از نقش‌های والدینی خود در سه حوزه آگاهی دارند و آنها را به خوبی ایفا می‌کنند، اما والدین ناکارآمد در ایفای نقش‌های خود در این سه حوزه مشکلاتی دارند، از این رو، پژوهش‌ها نشان دادند که ناکارآمدی والدین اختلالات روانی مختلف نظیر افسردگی و اضطراب را در افراد تشدید می‌کند (ونگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

محدودیت پژوهش حاضر این بود که از نوع همبستگی، مقطعی و محدود به نوجوانان دختر بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بیشتری به خصوص به صورت طولی و مداخله‌ای در نمونه‌های مختلف نوجوانان مبتلا به افسردگی انجام شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به سازمان‌ها و مراکز سیاستگذار برای نوجوانان پیشنهاد می‌شود برای کاهش ابتلا به افسردگی نوجوانان برنامه‌های آموزشی برای والدین و مسئولان ذی ربط جهت افزایش آگاهی و اطلاع در رابطه با عملکرد و کارکرد خانواده با تأکید بر مؤلفه‌های شایستگی، اطمینان / اعتماد به نفس و ارتباط برقرار کنند.

## منابع

- بابایی، جلال؛ نجفی، محمود و رضایی، علی محمد (۱۳۹۵). خصوصیات روانسنجی مقیاس تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان. *علوم روانشناختی*، ۱۶(۶۴)، ۵۵۲-۵۴۰.
- نجفی، محمود؛ بابایی، جلال و رضایی، علی محمد (۱۳۹۶). پیش‌بینی قلدری بر اساس مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی و رضایت از زندگی در نوجوانان. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۳(۳)، ۴۶-۳۳.
- ثنائی، باقر (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: بعثت. دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ شیخی، منصوره و حبیبی عسگرآباد، مجتبی. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان-سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان. *خانواده‌پژوهی*، ۵(۱۸)، ۱۵۹-۱۷۷.
- Amato, P. R. (1987). Family processes in one-parent, stepparent, and intact families: The child's point of view. *Journal of Marriage and the Family*, 327-337.
- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technic. *Postgraduate medicine*, 52(6), 81-85.

<sup>1</sup>. Wang

- United Kingdom. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1155-1165.
- Wolff, J. C., Jandasek, B., Michel, B. D., Becker, S. J., & Spirito, A. (2017). Concurrent Treatment of Depression in Parents and Adolescents: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(1), 14-25.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 18(7), 765-794.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdóttir, S., ... von Eye, A. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H Study of Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*, 25(1), 17-71.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*. 39, 99-128.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern. Available: [http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf).
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168-189.
- Milot, A. (2014). *Positive Youth Development as a Framework for Examining the Relationships Between Conformity to Gender Norms, Social Support, and Adolescent Mental Health* (Unpublished doctoral dissertation), Boston College. Lynch School of Education.
- Pérez, J. C., Coó, S., & Irarrázaval, M. (2018). Is maternal depression related to mother and adolescent reports of family functioning?. *Journal of adolescence*, 63, 129-141.
- Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 294-316.
- Ryan, C. E., & Keitner, G. I. (2009). Family functioning assessment in rehabilitation and health. *Assessment in rehabilitation and health*, 486-502.
- Sun, R. C., & Shek, D. T. (2010). Life satisfaction, positive youth development, and problem behaviour among Chinese adolescents in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 95(3), 455-474.
- Wang, C., Xia, Y., Li, W., Wilson, S. M., Bush, K., & Peterson, G. (2016). Parenting behaviors, adolescent depressive symptoms, and problem behavior: the role of self-esteem and school adjustment difficulties among Chinese adolescents. *Journal of Family Issues*, 37(4), 520-542.
- Wang, J., & Zhao, X. (2012). Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 574-579.
- Windfuhr, K., While, D., Hunt, I., Turnbull, P., Lowe, R., Burns, J., ... & National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. (2008). Suicide in juveniles and adolescents in the