رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۱، شماره پیاپی ۱۱۶، بهمن ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(11), 2026

مقایسه اثربخشی رویکرد راه‌حل محور و رویکرد شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در نوجوانان دختر

Comparing the effectiveness of solution-focused approach and cognitive-behavioral approach on self-efficacy in adolescent girls

سکینه رستم‌زاده
دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.
وحیده باباخانی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.
جعفر پویامنش
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.
فاطمه علیجانی
استادیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

Sakineh Rostamzadeh
PhD Candidate, Department of Counseling, Ab.C., Islamic Azad University, Abhar, Iran.
Vahideh Babakhani *
Assistant Professor, Department of Counseling, Ab.C., Islamic Azad University, Abhar, Iran.
Vahideh_Babaxan@iau.ac.ir
Jafar Pouyamanesh
Assistant Professor, Department of Psychology, Ab.c., Islamic Azad University, Abhar, Iran.
Fatemeh Alijani
Assistant Professor, Department of Counseling, Ab.C., Islamic Azad University, Abhar, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد راه‌حل محور و رویکرد شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در نوجوانان دختر انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر پایه‌ی هفتم شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳ بودند. تعداد ۴۵ دانش‌آموز از بین مدارس دخترانه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی خودکارآمدی شررو مادوکس (۱۹۸۲، GSE) استفاده شد. گروه‌های آزمایش تحت ۱۱ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای رویکرد راه‌حل محور گرانت و ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای رویکرد شناختی رفتاری هازلت-استیونز، قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه در خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). علاوه بر این بین پس‌آزمون و پیگیری گروه‌ها تفاوت معنادار مشاهده نشد (p<۰/۰۱). همچنین بین میانگین پس‌آزمون دو گروه آزمایش در خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود نداشت (p<۰/۰۱). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که بین اثربخشی این دو مداخله بر خودکارامدی دختران تفاوتی وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: *خودکارآمدی، رویکرد راه‌حل محور، رویکرد شناختی رفتاری، نوجوانان.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of the solution-focused approach and the cognitive-behavioral approach on self-efficacy in adolescent girls. This research employed a quasi-experimental method with a pretest-posttest design, including a control group and a three-month follow-up period. The statistical population consisted of seventh-grade female students in Tehran in the academic year 2024-2025. A total of 45 students were selected from girls' schools in Tehran using multi-stage cluster sampling and were randomly assigned to two experimental groups (15 students each) and one control group (15 students). Data were collected using the Self-Efficacy Questionnaire Sherer et al, (1982, GSE). The experimental groups participated in either 11 sessions of 60 minutes based on Grant's solution-focused approach or 8 sessions of 90 minutes based on Hazlett-Stevens' cognitive-behavioral approach. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that there was a significant difference in self-efficacy between the pre-test and post-test means of the three groups ($p < 0.01$). In addition, no significant difference was observed between the post-test and follow-up of the groups ($p < 0.01$). Also, there was no significant difference in self-efficacy between the post-test means of the two experimental groups ($p < 0.01$). Based on these findings, it can be concluded that there was no difference in the effectiveness of the two interventions on girls' self-efficacy.

Keywords: *Self-Efficacy, Solution-Oriented Approach, Cognitive-Behavioral Approach, Adolescents.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** اردیبهشت ۱۴۰۴ | **پذیرش:** شهریور ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** بهمن ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

نوجوانی[1] به‌عنوان یکی از دوره‌های حساس رشد انسان، مرحله‌ای است که فرد از دوران کودکی به بزرگسالی منتقل می‌شود و تغییرات زیادی را در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی تجربه می‌کند (ایست‌ریچارد[2] و همکاران، ۲۰۲۵). این دوران معمولاً بین سنین ۱۲ تا ۱۸ سال اتفاق می‌افتد و دوران کشمکش‌های درونی، جستجوی هویت و تجربه‌های جدید است. نوجوانان در این دوران در تلاش هستند تا خود را بشناسند، استقلال بیشتری پیدا کنند و جایگاه اجتماعی خود را در محیط‌های مختلف مانند مدرسه، خانواده و دوستان تعریف کنند. این تغییرات می‌توانند به‌طور همزمان موجب رشد و پیشرفت در فرد و همچنین مشکلاتی در تنظیم هیجانات و استرس‌های روانی شوند (لرول[3] و همکاران، ۲۰۲۵).

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های نوجوانی، رشد هویت فردی است. نوجوانان در این مرحله به‌دنبال یافتن پاسخ‌هایی برای سوالات اساسی در مورد «خود» هستند، نظیر اینکه «چه کسی هستم؟» و «چه خواسته‌هایی از زندگی دارم؟». در این میان، احساس امنیت و اعتماد به نفس در این دوران نقش مهمی ایفا می‌کند. اعتماد به نفس و احساس توانمندی در مواجهه با مشکلات، به نوجوانان کمک می‌کند تا با چالش‌های مختلف زندگی روبرو شوند و به اهداف خود دست یابند. این حس توانمندی تحت عنوان "خودکارآمدی[4]" شناخته می‌شود و یکی از ارکان اصلی سلامت روانی و اجتماعی در این دوره است (تیوهی[5] و همکاران، ۲۰۲۵).

خودکارآمدی، مفهومی است که اولین‌بار توسط آلبرت باندورا مطرح شد و به معنای باور فرد به توانایی‌های خود برای دستیابی به اهداف خاص و مقابله با چالش‌ها است (هولزر[6] و همکاران، ۲۰۲۴). در نوجوانی، خودکارآمدی نه تنها به عملکرد تحصیلی و اجتماعی نوجوانان بستگی دارد، بلکه بر نحوه برخورد آن‌ها با مشکلات روزمره نیز تأثیرگذار است. نوجوانانی که احساس خودکارآمدی بالایی دارند، معمولاً در مواجهه با مشکلات و استرس‌ها از مهارت‌های حل مسئله بهتری استفاده می‌کنند و کمتر تحت تأثیر اضطراب و افکار منفی قرار می‌گیرند (فاوینی[7] و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از روش‌های بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان، روش راه‌حل محور[8] است. این رویکرد به عنوان یک رویکرد پست مدرن نسبت به مداخلات رفتاری وابسته به همکاری بین درمانگر و مراجع برای درمان طبقه‌بندی می‌شود (گارسیا[9]، ۲۰۱۹). درمان راه‌حل محور یک رویکرد غیرآسیب‌شناختی، متمرکز بر آینده و هدف‌محور است که به جای تاکید بر نقایص و ناتوانی‌های افراد بر توانمندی‌ها، موفقیت‌ها و قابلیت‌های افراد و ایجاد روابط حمایتی تاکید می‌کند (راث[10]، ۲۰۱۹). درمان کوتاه راه‌حل محور بر اهداف برجسته، قابل دسترسی، ملموس و قابل اندازه‌گیری تمرکز دارند. در این رویکرد کنکاش درباره گذشته و گله و شکایت به عنوان موانعی برای فرایند درمانی شناختی شده است (واند[11] و همکاران، ۲۰۱۸). رزم‌گر و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که مشاوره راه‌حل‌محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی باعث افزایش معنادار کنترل رفتار و خودکارآمدی در کودکان خیابانی پسر شد، اما در میزان انواع سازگاری تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد. صیدایی و پورسیدآقایی (۱۴۰۱) دریافتند که درمان راه‌حل‌محور به طور معناداری باعث بهبود خودمهارگری، تنظیم عاطفی بین فردی و مولفه‌های مرتبط در دانش‌آموزان ابتدایی می‌شود. همچنین، کاراباباً[12] (۲۰۲۴) در یک متاآنالیز نشان داد که این درمان موجب کاهش مشکلات مدرسه و افزایش خودکارآمدی نوجوانان می‌گردد.

از دیگر درمان‌هایی که می‌تواند در بهبود ویژگی‌های روانشناختی نوجوانان موثر باشد، درمان شناختی-رفتاری[13] است. درمان شناختی رفتاری درمانی است که از عوامل شناختی برای بهبود اختلالات روانی و پریشانی روانی استفاده می‌کند (بی[14] و همکاران، ۲۰۲۱؛ کازانتزیس[15] و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی رفتاری عبارت است از ترکیب فنون رفتار درمانی و شناخت درمانی. رویکردهای رفتاری

1 . adolescence
2. East,Richard
3. Lerolle
4. self-efficacy
5. Tuohy
6. Holzer
7. Favini
8 . solution-oriented approach
9. Garcia
10. Roth
11 . Wand
12. Karababa
13. cognitive behavioral therapy
14. Bae
15. Kazantzis

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

و شناختی تا حدی برآمده از سنت‌های تجربی هستند که بر افزایش مهارت‌های شناختی و کاهش چالش‌ها تأکید می‌کنند. در این رویکردها برای تغییر رفتار از تکالیف رفتاری استفاده می‌شود که با توجه به روند بهبود بیماران در هر جلسه به صورت متفاوتی استفاده می‌شود (هنریچ[1] و همکاران، ۲۰۲۳). در این نظریه روش‌های شناختی و رفتاری در ترکیب بایکدیگر استفاده می‌شوند و هدف آنها شناسایی باورهای معیوب و غیرمنطقی مراجعان است که بر هیجانات و رفتارهای آنها اثرگذارند و نیز با استفاده از فنون شناختی و رفتاری به اصلاح باورهای زیربنایی مراجعان می‌پردازند که می‌توان آن را هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی به کار گرفت (کازانتزیس و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش خودکارآمدی افراد تاثیر معناداری دارند و این اثرات در پیگیری نیز پایدار است (حیدری و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین، یافته‌های محمد و همکاران (۱۴۰۱) و کاپلان[2] و همکاران (۲۰۲۳) تأیید می‌کند که درمان شناختی-رفتاری و مداخلات مرتبط، موجب افزایش خودکارآمدی و کاهش افکار منفی و استرس در بیماران و دانشجویان می‌شود.

نقطه قوت رویکرد شناختی-رفتاری ساختارمند بودن، پشتوانه علمی قوی، گستردگی کاربرد و اثربخشی در حل طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی است، اما اجرا و یادگیری آن زمان‌بر و برای برخی نوجوانان با مقاومت ذهنی یا دشواری در تغییر باورها همراه است. روش راه‌حل محور بر شناسایی قوت‌ها و موفقیت‌های فرد تمرکز دارد و انگیزش و امیدواری را با ایجاد تغییرات کوچک تقویت می‌کند، غالباً جلسات کوتاه‌تری دارد و بار آسیب‌شناختی آن کمتر است، اما در مواجهه با مشکلات پیچیده یا عمیق ممکن است اثربخشی محدودتری داشته باشد. مقایسه اثربخشی این دو رویکرد ضروری است زیرا هرکدام با سازوکار متفاوت و امکانات اجرایی ویژه خود می‌توانند برای گروه‌های مختلف نوجوانان، برحسب شرایط، منابع، شدت مشکل و اهداف مداخله، مزایا یا محدودیت‌های متفاوتی داشته باشند و شناسایی مؤثرترین روش به انتخاب درمان مناسب، بهینه‌سازی منابع و افزایش نتایج مثبت در مداخلات روان‌شناختی مدارس و مراکز مشاوره کمک خواهد کرد. با این توضیحات پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد راه‌حل محور و رویکرد شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در نوجوانان دختر انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر پایه‌ی هفتم شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳ بودند. مطابق فرآیند پژوهش، ابتدا غربالگری اولیه انجام شد و دانش‌آموزان مدارس دخترانه با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند. سپس از میان آن‌ها، افرادی که در پرسشنامه خودکارآمدی نمره پایینی کسب کرده بودند، به عنوان نمونه نهایی مطالعه وارد شدند تا بتوان اثربخشی مداخلات را به شکل دقیق‌تری مورد بررسی قرار داد. تعداد ۴۵ دانش‌آموز دختر، با توجه به اهداف پژوهش، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود شامل: توانایی حضور در جلسات آموزش، دانش آموز بودن در پایه‌ی هفتم شهر تهران، داوطلب بودن، تمایل و رضایت مکتوب برای شرکت در طرح، عدم مشکلات جدی جسمی، عدم‌شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی بود این موارد با استفاده از پرسشنامه خوداظهاری و تأیید سوابق پزشکی و درمانی دانش‌آموزان ارزیابی شد و ملاک‌های خروج شامل: عدم توانایی حضور در جلسات آموزش و اظهار بی‌میلی، غیبت به مدت دو جلسه، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی بود. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضـایت آگاهانه شرکت کنندگان پژوهش و والدین‌شان، عدم انتشار اطلاعات آن‌ها به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان بخش ازجمله ملاحظاتی بود کـه پژوهشگر مدنظر قرارداد. همچنین پس از اتمام پژوهش و تعیین اثربخش‌ترین شیوه، درمان موردنظر بر روی گروه کنترل اجرا شد. در نهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

1. Henrich
2. Kaplan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

ابزار سنجش

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی[1] **(GSE)**: برای سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس[2] (۱۹۸۲) استفاده شد. این پرسشنامه ۱۷ ماده دارد. این پرسشنامه به روش طیف ساده لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود، که امتیاز هریک به صورت: کاملاً مخالف ۱، مخالف ۲، حدوسط ۳، موافق ۴ و کاملاً موافق ۵ بود. نمرات بالا، نشان دهنده‌ی احساس خودکارآمدی بالا در فرد است. بیشترین امتیاز این پرسشنامه ۷۵ و کمترین امتیاز آن ۱۷ می‌باشد و نمره‌گذاری سوال ۲، ۴، ۵، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۶ به صورت معکوس است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آوررند و روایی آن را با استفاده از آزمون اسپیرمن براون با طول برابر ۰/۷۶ و نابرابر ۰/۷۶ و با دونیمه کردن گاتمن ۰/۷۵ به دست آوردند. در ایران، این پرسشنامه در پژوهش صدوقی (۱۳۹۷) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزرش شده است. در پژوهش رجبی (۱۹۸۵) ضریب روایی همزمان به روش تحلیل عاملی (تحلیل سازه‌های بنیادی) به ترتیب مقادیر ۰/۲۰ و ۰/۲۳ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۵ به دست آمد.

درمان راه‌حل‌محور[3]: جلسات راه‌حل محور براساس برنامه‌ی درمانی گرانت[4] (۲۰۱۱) و در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار و به صورت گروهی برگزار شد (جدول ۱). در طول این مدل گروه گواه هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد.

جدول ۱. جلسات مشاوره راه‌حل محور براساس برنامه‌ی درمانی گرانت (۲۰۱۱)

جلسه	هدف	خلاصه جلسه	تکالیف
اول	آشنایی، کنجکاوی و پیوستگی رهبر با گروه	آشنایی اعضای گروه بایکدیگر و با رهبر، نام‌گذاری برای گروه، بیان چارچوب اساسی برنامه کار و اهداف جلسات، انجام پیش‌آزمون	بیان مشخصات و پیشینه‌ی کلی توسط اعضای گروه
دوم	خلق سازه‌های ذهنی مشترک مشکل و هدف توسط اعضاء و رهبر و شناسایی تصریح آینده‌ای ترجیحی	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، پرسیدن سوالات مقیاسی، پرسیدن پرسش معجزه‌ای	نوشتن جملات مثبت تا جلسه بعد
سوم	مشارکت، خلق امید و برجسته کردن موقعیت‌ها و استثناهای گذشته، پیدا کردن استثناها (گذشته و حال)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوالات استثنا	نوشتن دو اتفاق خوشایند در هفته گذشته
چهارم	پیدا کردن استثناها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، تکلیف شگفتی‌آفرین، پرسیدن سوال معجزه‌ای و گوی بلورین	---
پنجم	کشف راه‌حل‌ها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال‌هایی که منجر به کشف راه‌حل‌ها می‌شود، پرسیدن پرسش سازگاری	پیدا کردن راه‌حل‌های مثبت و جایگزین سه باور غیرمنطقی با باور منطقی
ششم	کشف راه‌حل‌ها (ادامه)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال مقابله‌ای، پرسیدن تکنیک پیش‌فرض، تکلیف پیش‌بینی کننده	---
هفتم	تقویت استثناها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تعریف و تحسین، پرسیدن سوال (چه بهبودی حاصل شده است؟)، آشنایی با تکنیک کار مشابه این کار را کمتر انجام بده، آشنایی با تکنیک کار مشابه این کار را بیشتر انجام بده	یافتن جایگزین برای سه مشکل خود و تشویق خود به خاطر موقعیت‌های شادی‌آفرین
هشتم	اختتام	مروری بر جلسات قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال مقیاسی، گرفتن بازخورد از اعضاء،	---

1. General Self-Efficacy Scale
2. Sherer & Maddux
3. Solution-Oriented
4. Grant

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

برجسته کردن تغییرات اتفاق افتاده، قدردانی از تلاش‌ها
و فعالیت‌های مراجع، انجام پس‌آزمون

درمان شناختی-رفتاری[1]: جلسات راه‌حل محور براساس برنامه‌ی درمانی هازلت-استیونز[2] (۲۰۰۸) و در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای هفه‌ای یک‌بار و به شرح زیر انجام شد:

جدول ۲. جلسات شناختی رفتاری براساس برنامه‌ی درمانی هازلت-استیونز (۲۰۰۸)

جلسه	هدف	شرح جلسه
اوّل	مقدماتی/معارفه	اجرای پرسشنامه‌های مربوطه، توضیح در و تعریف متغیرهای پژوهش و توضیح و کاربرد آن در زندگی و ارائه تکلیف درطول هفته – آشنا نمودن شرکت‌کنندگان با هدف پژوهش و اجرای پیش‌آزمون.
دوّم	افکار، احساسات، رفتار	سنجش: بررسی باورهای و خطاهای شناختی آنها. تعیین اهداف به‌گونه‌ای مشارکتی و برنامه برای آغاز کردن فعالیت هدف، دادن اطلاعاتی درباره متغیرهای پژوهش و آثار مثبت آن بر کارکردهای جسمانی، روانی و عملکرد افراد مطرح شد.
سوّم	نشانه‌ها و رنجیره‌ها	تعیین نقطه شروع: توضیح وضعیت آن ها در خط پایه، به آزمودنی‌ها کمک می‌شود تا به شناسایی احساسات مختلف خود در مورد هیجاناتنشان بپردازند و امیدواری خود در موقعیت‌های مختلف را بالا ببرند، انجام تکالیف مرتبط، حل مسئله به صورت گروهی.
چهارم	بازسازی افکار	شناسایی تفکرات و احساسات ناسودمند و خطاهای شناختی، بحث در مورد سبک‌های تفکرات ناسودمند و خطاهای شناختی، رابطه خطاهای شناختی با رفتارهای مضر، شناسایی خطاهای شناختی، حل مسئله گروهی برای چالش کردن با خطاهای شناختی، ارزیابی تکالیف آزمودنی‌ها و دادن اطلاعاتی در مورد متغیرهای پژوهش و همچنین ارائه تکالیف خانگی.
پنجم	بحث در مورد آرمیدگی	بحث در مورد فعالیتهایی مانند شیوه‌های آرام‌سازی و مزایای آنها، مطرحشدن مقدماتی در مورد مهارتهای متغیرهای پژوهش و راهکارهای مقابله با آن و همچنین ارائه تکالیف خانگی در هنگام احساس تنش.
ششم	بالا بردن خلق	در این جلسه استفاده از چرخه گوش به‌زنگ بودن برای ارتباط دادن تفکرات ناسودمند و خطاهای شناختی با رفتارهای مضر انجام میشود، همچنین حل مسئله گروهی برای خروج از چرخه‌ی گوش به‌زنگ بودن انجام میشود، از طریق آموزش متمرکز و نظامدار به آزمودنی‌ها باورها و افکار نادرست تصحیح می‌شود.
هفتم	مدیریت استرس و حل مسئله	بحث در مورد عوامل تشدید نگرانیها و ناراحتیها، طرحریزی برای انجام کار برای خروج از دوره‌های تشدید نگرانی‌ها و ناراحتی‌ها، بازبینی جلسات و سؤالات قبلی، آموزش در حوزه متغیرهای پژوهش و همچنین ارائه تکالیف خانگی.
هشتم	پیشگیر از عود	بررسی جلسات قبل و گرفتن پیش‌آزمون.

یافته ها

میانگین گزارش شده سن برای سه گروه به تفکیک برای گروه رویکرد راه‌حل محور ۱۵/۹۹، برای گروه شناختی رفتاری ۱۶/۲۱ و برای گروه گواه ۱۶/۰۰ بود. همچنین پایه های تحصیلی دهم، یازدهم و دوازدهم برای هر گروه وجود داشت که نتایج آزمون خی دو نشان داد سطح معناداری تفاوت سه گروه بیشتر از ۰/۰۵ بود که نشان داد تفاوتی بین سن و فراوانی تحصیلی سه گروه وجود ندارد.

1. Cognitive-Behavioral Therapy
2. Hazlett-Stevens

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول ۳. شاخص های توصیفی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گواه	۳۰/۲۹	۱۱/۳۳	۳۰/۸۰	۹/۵۸	۳۰/۸۶	۹/۵۶
گروه رویکرد راه‌حل محور	۲۹/۵۳	۷/۲۹	۴۶/۰۶	۵/۸۹	۴۵/۸۰	۶/۰۴
گروه رویکرد شناختی رفتاری	۳۰/۴۰	۶/۹۷	۴۷/۱۳	۵/۲۶	۴۶/۰۰	۵/۰۹

جدول ۳ میانگین خودکارآمدی را در سه گروه رویکرد راه‌حل محور ، گروه رویکرد شناختی رفتاری و گروه کنترل نشان میدهد؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین خودکارآمدی در بین سه گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی دیده نمیشود؛ اما بعد از مداخله گروه های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه کنترل در مقایسه با قبل از مداخله نشان میدهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. به منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش برای به کارگیری آزمون مناسب از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج در قبل از و بعد از مداخله و پیگیری در متغیر خودکارآمدی در درمان راه‌حل محور و درمان شناختی-رفتاری و در گروه کنترل بزرگتر از ۰/۰۵ ($p>۰/۰۵$) گزارش شد. به منظور بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که با توجه به نمره‌ی معناداری (۰/۱۷۱) که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، پیش‌فرض همگنی واریانس خطا در مورد متغیر پژوهش برقرار بود ($p>۰/۰۵$). همچنین پیش‌فرض آزمون ماوچلی یا همگونی ماتریس واریانس برای متغیر خودکارآمدی برقرار بود ($p>۰/۰۵$). بنابراین با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های مذکور، به منظور بررسی معناداری تفاوت بین سه گروه در متغیر خودکارآمدی می‌توان از آزمون تحلیل واریانس مکرر استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای مقایسه خودکارآمدی در گروه های درمانی و کنترل

منبع	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
درون گروهی	زمان	۵۳۷/۲۲۷	۱	۵۳۷/۲۲۷	۳۳۴/۷۷۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷
	زمان*گروه	۱۹۹/۴۴۳	۲	۹۹/۷۲۱	۱۲۱/۴۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲
	خطا (زمان)	۳۴/۱۱۷	۴۲	۰/۸۱۲			
بین گروهی	گروه	۲۹۸۴/۷۷۰	۲	۱۴۹۲/۳۸۵	۹/۳۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸
	خطا	۱۷۹۵/۴۵۲	۴۲	۴۲/۷۴۸			

با توجه به نتایج جدول ۴، مقدار F در نمره بین گروهی خودکارآمدی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار شده است. بنابراین میتوان نتیجه گرفت اثر گروه و درمان بر خودکارآمدی معنادار بوده و بین خودکارآمدی شرکت کنندگان در سه گزوه کنترل، درمان رویکرد راه‌حل محور و رویکرد شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقدار F در نمره تعامل اثر زمان و گروه خودکارآمدی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار شده است. بنابراین میتوان نتیجه گرفت اثر گروه و درمان بر خودکارآمدی با گذشت زمان معنادار بوده و بین خودکارآمدی شرکت کنندگان در سه گروه کنترل، درمان رویکرد راه‌حل محور و رویکرد شناختی رفتاری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه به جزئیات بیشتر و مقایسه دو به دو زمان ها (مراحل) و گروه ها (درمان ها) بر روی خودکارآمدی پرداخته می شود.

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه های آزمایش و کنترل در سه مرحله پژوهش در متغیرهای خودکارآمدی

مراحل	گروه	گروه	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
پیش آزمون	کنترل	گروه رویکرد راه‌حل محور	۱/۴۰۰	۰/۹۹۹
	کنترل	گروه رویکرد شناختی رفتاری	۰/۵۰۰	۰/۹۹۹
	رویکرد راه‌حل محور	رویکرد شناختی رفتاری	-۰/۸۶۷	۰/۹۹۹
پس آزمون	کنترل	گروه رویکرد راه‌حل محور	-۱۵/۲۶۷	۰/۰۰۱
	کنترل	گروه رویکرد شناختی رفتاری	-۱۶/۳۳۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

	رویکرد راه‌حل محور	رویکرد شناختی رفتاری	-۱/۰۶۷	۰/۹۹۹
پیگیری	کنترل	گروه رویکرد راه‌حل محور	-۱۴/۹۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	گروه رویکرد شناختی رفتاری	-۱۵/۱۳۳	۰/۰۰۱
	رویکرد راه‌حل محور	رویکرد شناختی رفتاری	-۰/۲۰۰	۰/۹۹۹

با توجه به نتایج جدول ۵، مشخص می‌شود که در مرحله پیش آزمون بین خودکارآمدی گروه های کنترل و گروه های درمانی رویکرد راه‌حل محورو رویکرد شناختی رفتاری هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد زیرا که هیچ درمانی نیز ارائه نشده بود. همچنین با توجه به سطوح معناداری در مرحله پس آزمون مشخص شد بین نمرات خودکارآمدی گروه های کنترل با گروه های درمانی رویکرد راه‌حل محور و درمان رویکرد شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$) و میزان خودکارآمدی در گروه های درمانی رویکرد راه‌حل محور و درمان رویکرد شناختی رفتاری افزایش یافته است که نشان میدهد این درمان باعث افزایش خودکارآمدی شده است($p<۰/۰۰۱$). همچنین در این مرحله هیچ تفاوت معناداری بین خودکارآمدی هر دو گروه آزمایشی مشاهده نشد که نشان دهنده‌ی تاثیر گذاری یکسان این دو درمان بر خودکارآمدی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد راه‌حل محور و رویکرد شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در نوجوانان دختر انجام شد. یافته‌ی اوّل پژوهش نشان داد که رویکرد راه‌حل محور بر خودکارآمدی در نوجوانان دختر اثربخش است. این یافته با یافته‌های رزم‌گر و همکاران (۱۴۰۲)، صیدایی و پورسیدآقایی (۱۴۰۱)، کارابابا (۲۰۲۴)، همسو بود. در تبیین یافته‌ی بدست آمده می‌توان اینگونه بیان کرد که رویکرد راه‌حل محور که بر جستجوی سریع و عملی راهکارها تأکید دارد، نوجوانان را تشویق می‌کند که بدون تمرکز زیاد بر مشکلات، به‌طور مستقیم به حل آن‌ها بپردازند (رزم‌گر و همکاران، ۱۴۰۲). رویکرد راه‌حل محور با تأکید بر یافتن راه‌حل‌های فوری و قابل اجرا، ممکن است به نوجوانان احساس تسلط بیشتری بر موقعیت‌ها بدهد و به این ترتیب خودکارآمدی آن‌ها را تقویت کند (صیدایی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان راه‌حل محور بر روی ویژگی‌های مثبت و عملگرایی تمرکز دارد. با توجه به درمان مبتنی بر راه حل، از مراجعین درخواست می‌شود که چشم‌انداز آینده شرکت کردن در جلسه را رسم کرده و با بهیاد آوردن موفقیت‌ها، نقاط قوت و منابع گذشته خود، آن چشم‌انداز را در زندگی روزمره خود ایجاد کنند (فرانکلین[1] و همکاران، ۲۰۱۷). درمان راه‌حل محور به‌عنوان یک رویکرد درمانی، بر شناسایی و تقویت منابع و نقاط قوت فرد تمرکز دارد. این نوع درمان می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا به جای تمرکز بر مشکلات و چالش‌های موجود، بر روی راه‌حل‌ها و امکانات مثبت تمرکز کنند. این رویکرد به نوجوانان این امکان را می‌دهد که احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و به تدریج از احساس ناامیدی و بی‌معنایی خارج شوند (کاراباباً، ۲۰۲۴).

یافته‌ی دوّم پژوهش نشان داد که رویکرد شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در نوجوانان دختر اثربخش است. این یافته با یافته‌های حیدری و همکاران (۱۴۰۲)، محمد و همکاران (۱۴۰۱) و کاپلان و همکاران (۲۰۲۳)، همسو بود. در تبیین یافته‌ی بدست آمده می‌توان اینگونه بیان کرد که درمان شناختی - رفتاری شامل استفاده از تکنیک‌های مختلف شناختی و رفتاری برای تأثیرگذاری بر عواملی است که باعث تحریک و یا پایداری علائم و نشانه‌های اختلال‌های مختلف می‌شود. تکنیک‌های ساده‌ای مانند تنظیم دستور کار، نظارت بر خود، آزمایشات رفتاری و تغییرافکار ناکارآمد ممکن است برای کمک به آنها استفاده شود (کاپلان و همکاران، ۲۰۲۳). در این رویکردها برای تغییر رفتار از تکالیف رفتاری استفاده می‌شود که با توجه به روند بهبود بیماران در هر جلسه به صورت متفاوتی استفاده می‌شود (هنریچ و همکاران، ۲۰۲۳). در این نظریه روش‌های شناختی و رفتاری در ترکیب با یکدیگر استفاده می‌شوند و هدف آنها شناسایی باورهای معیوب و غیرمنطقی مراجعان است که بر هیجانات و رفتارهای آنها اثرگذارند و نیز با استفاده از فنون شناختی و رفتاری به اصلاح باورهای زیربنایی مراجعان می‌پردازند که می‌توان آن را هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی به کار گرفت. از نظر این دیدگاه، آسیب روانی محصول پردازش اطلاعات معیوب است که خود را در قالب تحریف شناختی و افکار ناکارآمد نشان می‌دهد که منجر به هیجان‌های منفی

1. Franklin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

و رفتارهای ناسازگارانه می‌شود و طی درمان باید این افکار و شناخت‌ها را شناسایی کرده، به چالش کشیده و با افکار و شناخت‌های واقعی‌تر جایگزین کرد؛ بعد از انجام این مداخلات انتظار بر این است که این مداخلات منجر به بهبود خلق و رفتار شود (محمد و همکاران، ۱۴۰۱).

همچنین نتایج به‌دست آمده از مقایسه اثربخشی رویکرد راه‌حل محور و رویکرد شناختی-رفتاری نشان داد که هیچ تفاوت معناداری در سطح خودکارآمدی بین دو گروه آزمایشی مشاهده نشد. این یافته می‌تواند به این معنا باشد که هر دو روش درمانی از قابلیت‌های مشابهی برای ارتقای خودکارآمدی در نوجوانان دختر برخوردار هستند. در واقع، ممکن است که هر دو رویکرد به‌طور مؤثر به تقویت احساس توانمندی و اعتماد به نفس در این گروه سنی کمک کنند. رویکرد شناختی-رفتاری با تمرکز بر تغییر الگوهای فکری منفی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، نوجوانان را قادر می‌سازد تا افکار و باورهای محدودکننده خود را بازبینی کنند و به‌جای احساس درماندگی، به دنبال راه‌حل‌های مؤثرتر باشند. این روش ممکن است باعث افزایش احساس کنترل فرد بر مشکلات و ارتقای خودکارآمدی شود (کاپلان و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، رویکرد راه‌حل محور که بر جستجوی سریع و عملی راهکارها تأکید دارد، نوجوانان را تشویق می‌کند که بدون تمرکز زیاد بر مشکلات، به‌طور مستقیم به حل آن‌ها بپردازند (رزم‌گر و همکاران، ۱۴۰۲). تأثیر یکسان این دو رویکرد بر خودکارآمدی نشان می‌دهد که ممکن است در نوجوانان دختر، نوع درمان (شناختی-رفتاری یا راه‌حل محور) کمتر از میزان اثربخشی آن در تغییر رفتار و نگرش‌های فردی مهم باشد. در واقع، هر دو رویکرد ممکن است به‌طور غیرمستقیم موجب تقویت خودکارآمدی شوند، زیرا هریک از آن‌ها از راه‌های متفاوتی به تقویت حس توانمندی و اعتماد به نفس در نوجوانان می‌پردازند. به‌طور خاص، در رویکرد شناختی-رفتاری، تغییرات شناختی که موجب تغییر در رفتارهای فرد می‌شود، می‌تواند منجر به افزایش احساس توانمندی در برخورد با چالش‌ها شود. در این روش، نوجوانان یاد می‌گیرند که چگونه به افکار و احساسات خود واکنش نشان دهند تا بر مشکلات فائق آیند (محمد و همکاران، ۱۴۰۱).

نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو رویکرد راه‌حل‌محور و شناختی رفتاری به طور قابل توجهی موجب افزایش خودکارآمدی در نوجوانان دختر شدند، اما بین میزان اثربخشی این دو رویکرد تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته بیانگر آن است که هر دو رویکرد می‌توانند به طور مشابه در بهبود خودکارآمدی نوجوانان دختر مؤثر واقع شوند و انتخاب هر یک از آن‌ها می‌تواند بر اساس شرایط، ترجیحات فردی یا سایر عوامل صورت گیرد. در مجموع، استفاده از هر دو رویکرد به عنوان روش‌های جایگزین یا مکمل برای ارتقای خودکارآمدی در مداخلات روان‌شناختی توصیه می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که تنها ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه بود که جنبه خودگزارشی دارد به همین دلیل خالی از اشکال و سوگیری در پاسخگویی نبود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد کم نمونه‌های در دسترس، استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، عدم کنترل متغیرهای مزاحم (مانند سطح حمایت خانوادگی، تجارب قبلی در زمینه مشاوره یا درمان روان‌شناختی، اختلافات فردی در ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت تحصیلی و میزان موفقیت درسی، و شرایط اجتماعی-اقتصادی شرکت‌کنندگان) کنترل نشده‌اند که می‌توانند بر میزان خودکارآمدی و اثربخشی مداخلات تاثیرگذار باشند. عدم کنترل این عوامل ممکن است نتایج به‌دست‌آمده را تحت تأثیر قرار داده و از دقت و تعمیم‌پذیری یافته‌ها بکاهد. بر اساس محدودیت‌های ذکرشده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی، از روش‌های دیگر جمع‌آوری داده مانند مشاهده، مصاحبه بالینی و ارزیابی معلمان یا والدین نیز بهره گرفته شود تا اطلاعات دقیق‌تر و جامع‌تری به دست آید. همچنین، افزایش حجم نمونه و استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی‌تر می‌تواند به تعمیم‌پذیری یافته‌ها کمک کند. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آتی متغیرهای مزاحم احتمالی نظیر حمایت خانوادگی، سابقه دریافت درمان یا مشاوره، ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت تحصیلی و شرایط اجتماعی-اقتصادی را شناسایی و تا حد امکان تحت کنترل یا اندازه‌گیری قرار دهند تا نتایج دقیق‌تر و اعتبار یافته‌ها بیشتر شود. در نهایت، انجام پژوهش‌های طولی و پیگیری اثرات درمان در بازه‌های زمانی بلندمدت نیز می‌تواند تصویر کامل‌تری از اثربخشی مداخلات ارائه نماید.

منابع

حیدری، م.، مامی، ش.، احمدی، و و خاموشیان، ک. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی با درمان شناختی‌رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس. *نشریه خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۱)، ۵۵۴-۵۷۰. https://www.magiran.com/paper/2583525 /

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

رزم‌گر، م.، کیمیایی، س. ع و بیگدلی، ا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی مشاوره راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی بر کنترل رفتار، سازگاری عاطفی، اجتماعی و آموزشی کودکان خیابانی پسر. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۴(۱)، ۳۷-۲۳. 10.30486/JSRP.2021.1915201.2720

صدوقی، م. (۱۳۹۷). رابطه خودکارآمدی و تاب‌آوری تحصیلی با سازگاری و عملکرد تحصیلی دانشجویان علوم پزشکی. *دوماهنامه‌ی علمی‌پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۱(۲)، ۶۰-۵۳. URL: http://edcbmj.ir/article-1-1281-fa.html

صیدایی، ز و پورسیدآقایی، ز. (۱۴۰۱). تاثیر درمان راه حل محور بر تنظیم عاطفی بین فردی و خودمهارگری دانش آموزان ابتدایی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۹(۳)، ۱۰۵-۹۳. URL: http://childmentalhealth.ir/article-1-1278-fa.html

لوتس، آ. (۱۳۹۸). یادگیری *درمان راه‌حل محور*. (ترجمه‌ی مژگان پوردل و میرسعید جعفری). تهران: آکادمیک. https://www.adinehbook.com/product/6227200018/

محمد، ن.، حاتمی، م ونیکنام، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و نظم جویی فرآیندی هیجان بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری ام اس. *فصلنامه ابن سینا*، ۲۴(۴)، ۱۰۵-۹۷. URL: http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-1015-fa.html

Bae, J. Y., Sung, H. K., Kwon, N. Y., Go, H. Y., Kim, T. J., Shin, S. M., & Lee, S. (2021). Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(1), 44. DOI: 10.3390/medicina58010044

De Shazer, S., Berg, IK., Lipchik, EV., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: Focused solution development. *Family process*, 25 (2), 207-21. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x

East-Richard, C., Cayouette, A., Allott, K., Anderson, É., Haesebaert, F., Cella, M., & Cellard, C. (2025). Cognitive Remediation for Adolescents With Mental Health Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, *19*(2), e70016. DOI: 10.1111/eip.70016

Favini, A., Culcasi, F., Cirimele, F., Remondi, C., Plata, M. G., Caldaroni, S., ... & Luengo Kanacri, B. P. (2024). Smartphone and social network addiction in early adolescents: The role of self-regulatory self-efficacy in a pilot school-based intervention. *Journal of Adolescence*, *96*(3), 551-565. https://doi.org/10.1002/jad.12263

Garcia, SY. (2019). News of difference: Understanding, highlighting, and building exceptions in Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Systems and Software*, 38(2), 35-46. DOI:10.1521/jsyt.2019.38.2.35

Grant, AM (2011). The Solution-Focused Inventory–A tripartite taxonomy for teaching, measuring and conceptualising solution-focused approaches to coaching. *Coaching Psychologist*, 7(2), 98-106. DOI:10.1080/17439760.2012.697184

Henrich, D., Glombiewski, J. A., & Scholten, S. (2023). Systematic review of training in cognitive-behavioral therapy: Summarizing effects, costs and techniques. *Clinical Psychology Review*, 102266. DOI: 10.1016/j.cpr.2023.102266

Holzer, J., Korlat, S., Pelikan, E., Schober, B., Spiel, C., & Lüftenegger, M. (2024). The role of parental self-efficacy regarding parental support for early adolescents' coping, self-regulated learning, learning self-efficacy and positive emotions. *The Journal of Early Adolescence*, *44*(2), 171-197. DOI:10.1177/02724316231162306

Kaplan, V., Düken, M. E., Kaya, R., & Almazan, J. (2023). Effect of Cognitive Behavioral Thearpy Based Psychoeducation Program on Unıversity Students' Automatic Thoughts, Perceived Stress and Self-Efficacy Levels. *Journal of Research and Health*, 13(2), 2-2. DOI:10.32598/JRH.13.2.2125.1

Karababa, A. (2024). A meta-analysis of solution-focused brief therapy for school-related problems in adolescents. *Research on Social Work Practice*, 34(2), 169-181. https://doi.org/10.1177/10497315231170865

Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta -analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 349 -357 DOI: 10.1017/S003329171900120X

Lerolle, A., Micoulaud-Franchi, J. A., Fourneret, P., Heeren, A., & Gauld, C. (2025). Exploring the relationship between eco-anxiety and suicide risk in adolescents with mental health disorders: insights from a cross-sectional observational study. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1408835. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1408835

Matweychuk, W. J., & Dryden, W. (2017). Rational Emotive Behaviour Therapy: A Newcomer's Guide (Routledge Focus on Mental Health) (1st Ed.). Routledge.

Rasti, M. S., & Mohammadi, A. (2024). Effectiveness of Solution-Focused Couples Therapy on Psychological Well-being and Distress Tolerance among Couples. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 5(2), 38-45. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.2.5

Roth, S. (2019). Heal the world. A solution-focused systems therapy approach to environmental problems. *Journal of Cleaner Production*, 216, 504-510. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.12.132

Serafini, G., Costanza, A., Aguglia, A., Amerio, A., Placenti, V., Magnani, L., ... & Amore, M. (2023). Overall goal of cognitive-behavioral therapy in major psychiatric disorders and suicidality: a narrative review. *Medical Clinics*, 107(1), 143-167. DOI: 10.1016/j.mcna.2022.05.006

Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentic e -Dunn, S., Jacobs, B. and Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale : Construction and validation. *Psychological Reports*, 5 (1), 663 -671 DOI:10.2466/pr0.1982.51.2.663

Tuohy, E., Gallagher, P., Rawdon, C., Murphy, N., McDonnell, C., Swallow, V., & Lambert, V. (2025). Parent-Adolescent Communication, Self-Efficacy, and Self-Management of Type 1 Diabetes in Adolescents. *The science of diabetes self-management and care*, 26350106241304424. doi: 10.1177/26350106241304424

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Wand, T., Acret, L., & D'Abrew, N. (2018). Introducing solution-focused brief therapy to mental health nurses across a local health district in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2):774-82. DOI: 10.1111/inm.12364

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]