

اثربخشی مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما بر توانایی و مشکلات فرزندان نوجوان دختر (۱۶-۱۳ سال) شاهد و ایثارگر

The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF- CB) on strengths and difficulties in daughters of martyr and devotee families

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۲۹

Esmacili M. PhD , Shakibae F.MSc, Yaghoobian F.MSc
sazbian S.MSc, Mahdavi S.MSc

مریم اسماعیلی , فرشته شکیبایی^۱، فاطمه یعقوبیان^۲

سعیده سبزیان^۲، سعیده مهدوی^۲

Abstract

Introduction: The main aim of this study was to investigate the effectiveness of Trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF- CBT) on Strengths and Difficulties in daughters of Martyr and Devotee families of Isfahan.

Method: The design of this study was quasi-experimental method with pre-test - post-test and follow-up stages. The statistical population consists of all female adolescents of Martyr and Devotee families in the academic year 1388-1389 in Isfahan city. Among them, sample groups were randomly selected through Cluster Sampling Method. Tools of the study included Demographic Questionnaire and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997). After intervention, the post test was performed and the follow-up was performed 4 months later. The results were analyzed through SPSS-19, using Descriptive and Inferential Statistics. Trauma-focused Behavioral-Cognitive interventions were on the basis of Cohen's (et al, 2001) treatment plan.

Results: Data were analyzed by using Multivariate analysis of Covariance. The research findings showed that there was significant differences between experimental and control groups in decreasing behavioral problems in post-test ($P \leq 0.02$) and follow-up ($P < 0.003$) and decreasing the abilities of benevolence.

Discussion: The results indicated that Trauma-focused Behavioral-Cognitive intervention can decrease the psychological difficulties of adolescents and improve their strengths. The results of follow-up, after four months, demonstrated that there was a significant difference between experimental and control groups in the amount of problems and strengths. Over all, the effectiveness of interventions after four months had still remained. This research suggests using Trauma-focused Behavioral-Cognitive intervention in order to reduce the psychological difficulties and enhance the adolescents' strengths of Martyr and Devotee families.

Keywords: Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy, strengths and difficulties, daughters of Martyr and Devotee families

چکیده

مقدمه: هدف اصلی این پژوهش اثربخشی مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما بر توانایی و مشکلات فرزندان دختر نوجوان شاهد و جانباز شهر اصفهان (۱۶-۱۳ ساله) بود.


روش: پژوهش حاضر به شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش تمامی فرزندان نوجوان دختر شاهد و ایثارگر در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ در شهر اصفهان بود که از میان آنان گروه نمونه به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ) (گودمن، ۱۹۹۷) بود. پس از اعمال مداخله، پس آزمون اجرا و ۴ ماه بعد پیگیری اجرا شد. یافته‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و نرم‌افزار SPSS ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما بر اساس طرح درمان کوهن و همکاران (۲۰۰۱) بوده است.

نتایج: داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری بررسی شد. نتایج تحلیل نشان داد که تفاوت میان گروه‌های آزمایش و کنترل در کاهش مشکلات رفتاری در مرحله پس آزمون ($P < 0.02$) و پیگیری ($P < 0.001$) و افزایش توانایی نوع دوستی ($P < 0.03$) معنادار بود.

بحث: نتایج حاکی از آن بود که مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما مشکلات روان شناختی نوجوانان را کاهش و باعث ارتقاء توانایی‌های آنان شده است. نتایج پیگیری پس از چهار ماه نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در میزان مشکلات و توانایی تفاوت وجود دارد و اثربخشی مداخله بعد از چهار ماه باقی مانده بود. در مجموع این تحقیق استفاده از مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما را در جهت کاهش مشکلات روان شناختی و ارتقاء توانایی‌های نوجوانان شاهد و ایثارگر پیشنهاد می‌کند.

کلیدواژه‌ها: مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما، توانایی و مشکلات، فرزندان شاهد و ایثارگر

 **Corresponding Author:** Department of psychology, Esfahan University, Esfahan, Iran
Email-m: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

 گروه روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۱- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، نجف آباد، اصفهان، ایران

مقدمه

اثرات جنگ بر اختلالات روانی و روان پزشکی نوجوانان در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است (خمیس^۱، ۲۰۱۲). کشور ما ناخواسته درگیر یکی از طولانی‌ترین و وسیع‌ترین درگیری‌ها از نظر مدت زمان و وسعت خسارت‌های به‌جامانده شد. این جنگ تحمیلی هشت ساله صدمات جسمانی، عوارض نامطلوب روانی، تغییر در الگوی زندگی و آسیب‌هایی در سطح ارتباطات افراد را به بار آورد که در مجموع زندگی پیچیده‌ای را برای فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگرایجاد نمود (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۰). بر اساس الگوهای سیستمی خانواده^۲ (مینوچین^۳، ۱۹۷۴؛ واتزلوویک^۴ و همکاران، ۱۹۶۷ به نقل از کلارک و شیلدز، ۱۹۹۷) یک خانواده، همانند یک سیستم به حوادث آسیب‌زا پاسخ می‌دهد و به دنبال آن، پیوستگی و سلامت روان اعضا نیز آسیب می‌بیند. جنگ و خشونت‌های نظامی، بد عملکردی ارتباطی و اختلال در پویایی و سلامت روانی خانواده را به دنبال خواهد داشت (وین^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). متغیر بودن و نوسان داشتن رفتار پدر به خصوص در مجروحان جنگی اعصاب و روان تزلزل شخصیت نوجوان را به دنبال دارد (جانسون، ۱۹۹۰). جانسون و تامسون^۶ (۲۰۰۸) دریافته‌اند که هر چه شدت ناتوانی جسمانی و روانی رزمنده بیشتر باشد، جایجایی نقش‌ها و مسئولیت‌ها در میان خانواده نیز شدت می‌یابد و باعث کشمکش‌های پیچیده‌ای می‌گردد که در نهایت موجب ایجاد استرس‌های جدید و اختلال در سلامت روانی نوجوانان شاهد و ایثارگر می‌گردد.

از طرف دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند اختلالات رفتاری، مانند اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در میان دیگر اختلالات روانی دوران مدرسه از بیش‌ترین فراوانی برخوردار بوده‌اند (هرینگتون، ۲۰۰۴). میزان مراجعه کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/

بیش‌فعالی به مراکز درمانی، از تمامی اختلال‌های دیگر بیشتر است. کودکان و نوجوانان دارای این اختلال معمولاً ناراحت، پراسر و صدا و زورگو هستند، دوستان کمی دارند و دیگران نظری منفی درباره آنها دارند (علیزاده، ۱۳۸۳). اختلال سلوک نیز، الگوی رفتار پایدار با مشخصه پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است. افراد مبتلا به این اختلال آماده ابتلا به اختلال‌های خلقی، مصرف مواد، بزهکاری و اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). لذا لزوم شناسایی و اقدام برای درمان این اختلالات رفتاری برای نوجوانان و علی‌الخصوص نوجوانان شاهد و ایثارگر، اهمیت مضاعفی پیدا می‌کند. چرا که نتایج به دست آمده از آخرین تحقیقات حاکی از آن است که فرزندان جانبازان، نسبت به فرزندان گروه کنترل (فرزندان نوجوان غیر شاهد و ایثارگر)، مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری را نشان می‌دهند و همبستگی مثبتی بین مشکلات رفتاری فرزندان جانباز و میزان آسیب‌دیدگی پدران آنها وجود دارد (سلیمباسیک^۷، سینانوویچ^۸، آودیگوییچ^۹، ۲۰۱۲).

همچنین قهاری و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهشی که به منظور بررسی اختلالات روانی فرزندان محروم از پدر، شاهد، جانباز و گروه واجد پدر انجام دادند، این فرزندان را به لحاظ انواع اختلالات روانی مقایسه نمودند. نتایج نشان داد که در بین چهار گروه نمونه این تحقیق، اختلالات روانی فرزندان محروم از پدر و شاهد از سایر گروه‌ها بیشتر است. به عبارت دیگر کودکان محروم از پدر و کودکان شاهد، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب منتشر، افسردگی خویی و افسردگی اساسی را بالاتر گزارش داده‌اند. بنابراین محرومیت از پدر می‌تواند زمینه‌ساز بروز برخی از اختلال‌ها شده و بر رشد و پیش‌آگهی آنها تاثیر بگذارد. تکنیک‌های رفتاری - شناختی از روش‌های درمانی موثر در درمان

یا غیر مفید هستند، ترغیب می‌کند. در این تمرین برای نوجوانان شاهد و ایثارگر مثلث شناختی و رابطه سه گانه رفتار، احساس، افکار و اینکه چگونه بازنگری افکار موجب تغییر احساسات و رفتار می‌شود، توضیح داده می‌شود.

بسیاری از هیجان‌های منفی مانند اضطراب و خشم، عمل لحظه‌ای افراد را محدود می‌سازند، به طوری که آنان آماده می‌شوند تا به شیوه خاص حفاظت از خود عمل کنند. در مقابل هیجان‌های مثبت، عمل لحظه‌ای را گسترش می‌دهند که فرصت‌هایی را برای ساختن منابع شخصی پایدار فراهم آورده و به نوبه خود زمینه را برای رشد شخصی و دگرگونی با ایجاد پیچ و تاب‌های مثبت یا سازشی از هیجان، شناخت و اقدام، مهیا می‌سازند. شواهد تجربی از مطالعات بالینی و آزمایشگاهی، نظریه گسترش دهنده و سازنده هیجان‌های مثبت را کاملاً تایید می‌کند (فردریکسون، ۲۰۰۲).

لذا با توجه به حساسیت دوران نوجوانی در میان فرزندان شاهد و ایثارگر و آسیب‌های احتمالی آنان در محیط خانواده، این تحقیق بر آن است تا اثر بخشی آموزش رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما را که مخصوص نوجوانان بازمانده از فجایع طراحی شده، برافزایش توانایی نوع دوستی^{۱۶} و کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان دختر شاهد و ایثارگر شهر اصفهان مورد بررسی قرار دهد. در حقیقت رفتار نوع دوستی توانایی درک دیگران و قرار دادن خود به جای آنان است. این توانایی معطوف به دیگران و در جهت منافع آنان است.

روش

این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه انجام شده است و شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۴ ماهه) است. علت استفاده از تحلیل کوواریانس را می‌توان این‌گونه بیان کرد که مناسب‌ترین تحلیل برای چنین

طیف وسیعی از اختلالات رفتاری است که بر گروه‌های بسیاری از افراد سنین مختلف و با طیف وسیعی از اختلالات، استفاده و اثربخش بودن آن مورد تایید قرار گرفته است (موریس و همکاران^{۱۰} (۲۰۰۸)؛ برنستین و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۵)؛ کاری و همکاران (۲۰۰۵)؛ ولز و آلبانو (۲۰۰۵)؛ کلارک و همکاران^{۱۲} (۲۰۰۳)؛ کاتانو و همکاران^{۱۳} (۲۰۰۳)؛ لیدبتر و همکاران^{۱۴} (۱۹۹۹)؛ فاوا و همکاران (۱۹۹۸)؛ فاوا و همکاران^{۱۵} (۲۰۰۴)؛ فاوا و همکاران (۲۰۰۵) و فاوا و همکاران (۲۰۰۹)).

از جمله این گروه‌ها، کودکان و نوجوانان بازمانده از فجایع هستند. وجود فردی معلول و آسیب‌دیده در خانواده و یا از دست دادن والدین به واسطه فجایع و کسارها، فضای روانی خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بر روابط میان اعضاء و به طور خاص فرزندان کودک و نوجوان تاثیر گذار است که این مسئله ضرورت طراحی مدل مداخله‌ای ویژه برای این گروه از افراد جامعه را ضروری می‌سازد.

مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما با تحقیقات کوهن و همکاران (۲۰۰۱) آغاز و به سرعت مورد استفاده قرار گرفته است. تکنیک‌های درمان رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما، به نوجوانان بازمانده از فجایع کمک می‌کند که ترس و اضطراب کمتری را تجربه کنند. این مداخلات شامل درمان ایمن‌سازی در برابر استرس و پردازش شناختی بود. درمان ایمن‌سازی در برابر استرس به مجموعه‌ای از مداخلات که فرد را در برابر تاثیرات منفی استرس محافظت می‌کند و به‌کارگیری مهارت‌های سازگاری را ترغیب می‌کند، مربوط می‌شود. تکنیک‌های درمان ایمن‌سازی در برابر استرس شامل شناسایی احساسات، سازگاری شناختی، توقف افکار و ارتقای احساس ایمنی می‌شود (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۷)؛ ترجمه نشاط دوست و همکاران، ۱۳۸۸). پردازش شناختی نیز به گروهی از مداخلات اطلاق می‌شود که نوجوان را برای کشف افکار در باره تروما و به چالش کشیدن آنها و اصلاح شناخت‌هایی که نادرست

و اجرای عملی آن به صورت ترسیم کردن و یا گفتن و یا نوشتن ۳- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده. جلسه ششم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- اجرای مداخلات مربوط به پردازش شناختی مانند کشف افکار و به چالش کشیدن آن و اصلاح شناختی شناخت‌های ناصحیح ۳- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده. جلسه هفتم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- جلسه مشترک والد - فرزند مبتنی بر ارتباط متقابل و بیان لزوم پیگیری فرایند آموزش توسط والدین در آینده ۳- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه هشتم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده در جلسه قبل ۲- جمع‌بندی از کل جلسات و بررسی بازخورد کل مطالب گفته و تمرین شده و راه‌های عملی ایجاد مهارت‌ها برای همیشه و رسیدن به ثبات رفتاری. جلسه نهم: اجرای آزمون پیگیری به فاصله چهار ماه پس از اجرای پس آزمون.

سپس تاثیر آموزش بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری در تحقیق حاضر، فرزندان شاهد و اینثارگر در سنین ۱۶-۱۳ سال (دوره دبیرستان و پیش‌دانشگاهی) شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ بودند.

در این پژوهش با توجه به هدف تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. بدین ترتیب که از ناحیه پنج آموزش و پرورش و از میان دانش‌آموزان دختر شاهد و اینثارگر این ناحیه، ۲۶ نفر از فرزندان شاهد و اینثارگر ۱۳ تا ۱۶ ساله به طور تصادفی انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. بدین ترتیب که ۱۳ نفر از دانش‌آموزان دختر در گروه آزمایش در معرض تکنیک‌های رفتاری-شناختی متمرکز بر تروما قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. حجم نمونه با در نظر

طرح‌هایی به خاطر کنترل اثر پیش‌آزمون، تحلیل کوواریانس است که در آن از پیش‌آزمون به عنوان متغیر تصادفی کمکی استفاده می‌شود. متغیر مستقل مداخله به روش رفتاری-شناختی متمرکز بر تروما بود که در قالب ۸ جلسه آموزشی به صورت گروهی و فقط بر روی گروه آزمایش اعمال شد. و به دلیل مراعات مسائل اخلاقی پژوهش، پس از برگزاری پیگیری چهار ماهه، دوره‌ای فشرده برای گروه کنترل برگزار شد. همچنین بروشورهایی به این منظور تهیه شده بود که پس از اجرای مرحله پیگیری در اختیار گروه کنترل نیز قرار داده شد. جلسات مداخله رفتار درمانی شناختی متمرکز بر تروما به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: ۱- معرفی تکنیک‌های شناسایی احساسات، مانند احساسات شدید خشم، ترس، نفرت و انتقام که بعضی مواقع منجر به واکنش منفی در افراد می‌شود. ۲- تمرین عملی تکنیک‌های شناسایی احساسات در گروه سپس مهارت شناخت احساسات تمرین می‌شود. ۳- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده. جلسه دوم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- معرفی تکنیک‌های آرامش عمیق عضلانی و تنفس عمیق. این تکنیک برخی از علائم مرتبط با استرس را کاهش می‌دهد. ۳- تمرین عملی تکنیک‌های آرامش عمیق عضلانی و تنفس عمیق در گروه ۴- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه سوم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- تمرین عملی تکنیک‌های توقف فکر. ۳- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده. جلسه چهارم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- تمرین عملی مهارت‌های سازگاری شناختی^{۱۷} مانند تمرکز بر جنبه‌های مثبت، خودگویی مثبت،^{۱۸} آموزش خوش بینی ۳- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه پنجم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- مواجهه تدریجی

نمره کل می تواند بین صفر تا ۴۰ نوسان داشته باشد. این پرسشنامه دارای پنج شاخص (بیش فعالی، نشانه‌های عاطفی، مشکلات سلوک و مشکل در ارتباط با هم‌تاها و نوع دوستی) است. پرسشنامه یاد شده در جامعه ایرانی اعتباریابی شده است. این پرسشنامه ابزار مناسبی برای شناسایی مشکلات و توانایی‌های نوجوانان ایرانی تشخیص داده شده است. با در نظر گرفتن نمره برش ۱۲، نمرات ۱۹۷ نفر (۳۲/۸ درصد) با حساسیت ۷۴ درصد و ویژگی ۹۵ درصد بالاتر یا مساوی این مقدار بود. در بررسی دیکي و بلومبرگ (۲۰۰۴)، برخی از گویه‌های مشکلات سلوکی با بیش فعالی و برخی از گویه‌های مشکلات با همسالان با نشانه‌های عاطفی و رفتار نوع دوستی همبستگی نزدیک تری داشتند. بر پایه این یافته‌ها دیکي و بلومبرگ (۲۰۰۴)، شکل دیگری از مفهوم پنج عاملی اصلی پرسشنامه SDQ را پیشنهاد می کنند که در آن، سه عامل معرف ابعاد متمایز مشکلات برونی سازی (بیش فعالی/ کمبود توجه و مشکلات سلوکی) و مشکلات درونی سازی (نشانه‌های عاطفی و مشکلات با همسالان) هستند. همچنین کاسکلاینین، سواندر و واراس (۲۰۰۱)، نیز در یک پژوهش، فرم خود گزارش دهی SDQ در نمونه کودکان و نوجوانان ۱۳ تا ۱۷ ساله فنلاندی را به کار بردند و به یک ساختار سه عاملی دست یافتند (ترکیب بیش فعالی- مشکلات سلوکی، رفتار نوع دوستی و ترکیب نشانه‌های عاطفی- مشکلات با همسالان) (قره باغی و همکاران، ۱۳۸۸).

یافته‌ها

با استفاده از جدول‌های میانگین و انحراف معیار، تحلیل توصیفی انجام شد و برای تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل کوریانس استفاده شد. میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در

گرفتن توان آماری در یک مطالعه مقدماتی محاسبه شد، که برای هر گروه ۱۳ نفر کفایت داشت (مولوی، ۱۳۸۶). برای اجرای این تحقیق با ستاد شاهد ناحیه پنج هماهنگی شد و اطلاعات لازم از طریق این ستاد در اختیار محقق قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- فرزندان شاهد و ایثارگر. تشخیص فرزندان شاهد و ایثارگر براساس کارت جانبازی صادر شده از طرف بنیاد شهید و امور ایثارگران و درج در پرونده بود که در ابتدای هر سال تحصیلی این اطلاعات به ستاد شاهد نواحی پنجگانه آموزش و پرورش نیز انعکاس پیدامی کند ۲- سنین ۱۶-۱۳ سال و دوره دبیرستان ۳- تحصیل در مدارس شاهد و طرح پراکنده ناحیه پنج آموزش و پرورش اصفهان (طرح پراکنده دانش آموزان شاهد و جانبازی هستند که در مدارس شاهد مشغول به تحصیل نیستند و در دیگر مدارس ناحیه به تحصیل مشغول هستند). ۴- رضایت کتبی دانش آموزان و والدین آنها به شرکت در طرح و تعهد مبنی بر حضور فعال تا پایان پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: اختلالات شدید روانی- غیبت بیش از دو جلسه- عدم علاقمندی افراد به ادامه آموزش. ابزارهای پژوهش در این بررسی به شرح زیر بوده است:

پرسشنامه جمعیت شناختی: اطلاعات جمعیت شناختی مورد نیاز این پژوهش از جمله: سن، جنس، تعداد فرزندان، سن پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر، درصد جانبازی و مدت اسارت پدر بود.

پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ): این پرسشنامه را گودمن^{۱۹} (۱۹۹۷) طراحی و میانگین آلفای کرونباخ را ۰/۷۳ گزارش نموده است. وی همچنین ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی با فاصله چهار تا شش ماه ۰/۶۲ گزارش نموده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ پرسش است و مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان را از نظر والدین ارزیابی می کند. نمره گذاری آن از صفر تا دو می باشد که برای گزینه‌های «تاحدی درست» «درست نیست» در نظر گرفته شد.

جدول ۱- داده‌های توصیفی نمرات توانایی‌ها و مشکلات و زیر مقیاس‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌ها	df	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بیش‌فعالی	۱۳	۴/۰۰۰	۲/۰۸۲	۳/۱۵۴	۱/۵۱۹	۳/۰۰۰	۱/۸۲۶
نشانه‌های عاطفی	۱۳	۲/۶۱۵	۱/۸۹۵	۱/۹۲۳	۱/۲۵۶	۲/۴۶۱	۲/۹۰۴
مشکلات سلوک	۱۳	۳/۰۷۷	۱/۷۰۶	۲/۶۹۲	۱/۱۰۹	۲/۱۵۴	۰/۹۸۷
مشکلات با همسالان	۱۳	۱/۸۴۶	۱/۹۹۳	۱/۴۶۱	۱/۲۶۶	۱/۹۲۳	۱/۶۰۵
کل مشکلات	۱۳	۱۱/۵۳۸	۶/۱۴۶	۹/۲۳۱	۳/۵۸۶	۹/۵۳۸	۵/۷۵۳
رفتار نوع دوستی	۱۳	۸/۷۶۹	۰/۸۳۲	۸/۸۴۶	۰/۹۸۷	۹/۳۸۵	۰/۸۷۰
بیش‌فعالی	۱۳	۵/۱۵۴	۲/۱۵۴	۵/۰۷۷	۲/۱۷۸	۵/۰۷۷	۲/۱۷۸
نشانه‌های عاطفی	۱۳	۱/۹۲۳	۲/۱۰۰	۱/۹۲۳	۲/۱۰۰	۱/۹۲۳	۲/۱۰۰
مشکلات سلوک	۱۳	۳/۸۴۶	۱/۲۸۱	۳/۶۹۲	۱/۳۷۷	۳/۶۹۲	۱/۳۷۷
مشکلات با همسالان	۱۳	۲/۱۵۴	۱/۵۱۹	۲/۲۳۱	۱/۴۸۱	۲/۲۳۱	۱/۴۸۱
کل مشکلات	۱۳	۱۳/۰۷۷	۶/۲۲۴	۱۲/۹۲۳	۶/۳۸۳	۱۲/۹۲۳	۶/۳۸۳
رفتار نوع دوستی	۱۳	۶/۶۹۲	۲/۷۵۰	۶/۷۶۹	۲/۸۳۳	۶/۷۷۰	۲/۸۳۲

جدول شماره ۱ آورده شده است. مشکلات گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون در حدود ۲ نمره کاهش را نشان می‌دهد، اما میانگین نمره کل مشکلات در گروه گواه نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی نکرده است. نتیجه کلی گویای آن است که روش آموزشی تاثیر خود را در چهار ماه بعد از مداخله هنوز حفظ کرده است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (آزمون اثر پیلایی) با کنترل نمرات پیش‌آزمون، در جدول ۲ آمده است. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به فرضیه

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل میزان مشکلات در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمره کل مشکلات گروه آزمایش از پیش‌آزمون (۱۱/۵۳۸) به پس‌آزمون (۹/۲۳۱) کاهش یافته است، اما در گروه گواه میانگین نمره کل مشکلات تغییر زیادی پیدا نکرده است (۱۳/۰۷۷ در برابر ۱۲/۹۲۳). میانگین نمره کل

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) بر روی نمرات تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و (پیش‌آزمون-پیگیری) توانایی و مشکلات در گروه‌های آزمایش و گواه

نام آزمون	منبع تغییرات	متغیر وابسته	مقدار	df فرضیه	df اشتباه	F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	پس‌آزمون	مشکلات	۰/۰۲	۳/۶۴	۲۰	۴	۰/۴۲۱
	توانایی	مشکلات	۰/۰۳	۴/۱۲	۲۲	۲	۰/۲۷۳
	پیگیری	مشکلات	۰/۰۰۱	۱۳/۱۰	۲۰	۴	۰/۷۲۴
	توانایی	مشکلات	۰/۰۳	۴/۱۲	۲۲	۲	۰/۲۷۳

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) تاثیر عضویت گروهی بر پس آزمون و پیگیری، پس از کنترل نمرات پیش آزمون در توانایی نوع دوستی دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پس آزمون	پیش آزمون	۱	۱۰۱/۸۵۶	۳۸۱/۳۰۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴۳	۱/۰۰۰
	گروه	۱	۱/۰۲۵	۳/۸۳۶	۰/۰۶۲	۰/۱۴۳	۰/۴۶۷
پیگیری	پیش آزمون	۱	۹۸/۱۶۱	۳۱۲/۵۴۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳۱	۱/۰۰۰
	گروه	۱	۲/۶۳۰	۸/۳۷۵	۰/۰۰۸	۰/۲۶۷	۰/۷۹۱

جدول شماره ۳ نشان می دهد، بین نمره پیگیری توانایی نوع دوستی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.008$). این بدان معناست که مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما تاثیر خود را در بلند مدت بر افزایش توانایی نوع دوستی در نوجوانان شاهد و ایثارگر داشته است.

همان طور که نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در جدول شماره ۴ نشان می دهد، بین نمرات پس آزمون زیر مقیاس های بیش فعالی ($P < 0.001$) و مشکلات سلوک ($P < 0.002$) در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما بر بهبود مشکلات بیش فعالی و سلوک در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است. همچنین جدول شماره ۴ تاثیر مداخله رفتاری-

نشان داد که پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، در مرحله پس آزمون ($F=3/64$ و $P < 0.02$) و در مرحله پیگیری ($F=4/12$ و $P < 0.03$) بین میانگین های تعدیل شده نمرات مشکلات نوجوانان در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد و نیز با توجه به ضریب F محاسبه شده، در مرحله پس آزمون ($F=4/12$ و $P < 0.03$) و در مرحله پیگیری ($F=4/12$ و $P < 0.03$) بین میانگین های تعدیل شده نمره توانایی نوع دوستی، در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد. برای حصول اطمینان از وجود تفاوت معنادار نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها، در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است. همان طور که نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در

جدول ۴ - نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) تاثیر عضویت گروهی بر پس آزمون و پیگیری، پس از کنترل نمرات پیش آزمون در زیر مقیاس های مشکلات دو گروه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پس آزمون	بیش فعالی	۴۵/۲۵۷	۱	۴۵/۲۵۷	۲۶/۴۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۰/۹۹۸
	نشانه های عاطفی	۳۲/۸۲۹	۱	۳۲/۸۲۹	۱۹/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷	۰/۹۸۸
	مشکلات سلوک	۱۷/۹۷۳	۱	۱۷/۹۷۳	۲۱/۱۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹	۰/۹۹۳
گروه	مشکلات با همسالان	۳۲/۰۴۸	۱	۳۲/۰۴۸	۵۴/۶۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۴	۱/۰۰۰
	بیش فعالی	۱۵/۹۹۰	۱	۱۵/۹۹۰	۹/۳۴۴	۰/۰۰۶	۰/۲۸۹	۰/۸۳۳
	نشانه های عاطفی	۰/۵۴۱	۱	۰/۵۴۱	۰/۳۱۹	۰/۵۷۸	۰/۰۱۴	۰/۰۸۴
	مشکلات سلوک	۳/۹۳۷	۱	۳/۹۳۷	۴/۶۲۸	۰/۰۴۲	۰/۱۶۸	۰/۵۴۰
	مشکلات با همسالان	۱/۴۸۴	۱	۱/۴۸۴	۲/۵۳۰	۰/۱۲۵	۰/۰۹۹	۰/۳۳۲

۱/۰۰۰	۰/۷۶۵	۰/۰۰۱	۷۴/۸۸۸	۷۴/۱۵۰	۱	۷۴/۱۵۰	بیش فعالی	
۱/۰۰۰	۰/۶۳۵	۰/۰۰۱	۴۰/۰۵۲	۹۷/۹۲۲	۱	۹۷/۹۲۲	نشانه‌های عاطفی	پیش آزمون
۰/۹۵۲	۰/۳۸۴	۰/۰۰۱	۱۴/۳۳۹	۱۳/۲۳۴	۱	۱۳/۲۳۴	مشکلات سلوک	
۱/۰۰۰	۰/۷۷۹	۰/۰۰۱	۸۱/۰۲۴	۴۴/۵۷۷	۱	۴۴/۵۷۷	مشکلات با همسالان	پیگیری
۰/۹۷۹	۰/۴۳۰	۰/۰۰۱	۱۷/۳۵۹	۱۷/۱۸۸	۱	۱۷/۱۸۸	بیش فعالی	
۰/۳۶۴	۰/۱۱۰	۰/۱۰۶	۲/۸۳۳	۶/۹۲۶	۱	۶/۹۲۶	نشانه‌های عاطفی	گروه
۰/۹۲۷	۰/۳۵۶	۰/۰۰۲	۱۲/۶۹۴	۱۱/۷۱۶	۱	۱۱/۷۱۶	مشکلات سلوک	
۰/۰۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶	۰/۰۱۱	۰/۰۰۶	۱	۰/۰۰۶	مشکلات با همسالان	

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما بر افزایش توانایی و کاهش مشکلات نوجوانان دخترشاهد و ایثارگر شهر اصفهان (۱۶-۱۳ساله) بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما به صورت کلی بر کاهش مشکلات نوجوانان شاهد و ایثارگر در مرحله پس از آزمون ($P < 0/02$) و پیگیری ($P < 0/001$) موثر بود. همچنین یافته‌های این پژوهش در خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری، نشان داد که مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما بر کاهش مشکلات بیش فعالی و مشکلات سلوک موثر بوده ولی بر کاهش نشانه‌های عاطفی و مشکلات با همسالان تأثیری نداشته است. یافته‌های این پژوهش تاییدی دیگر بر تحقیقات قره باغی و همکاران (۱۳۸۸)، کاسکلاینین و همکاران (۲۰۰۱) و دیکی و بلومبرگ (۲۰۰۴) بود. در حقیقت مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما در کاهش مشکلات برونی سازی مانند بیش فعالی و سلوک کارآمد تر از مشکلات درونی سازی یا ترکیب نشانه‌های عاطفی و مشکلات با همسالان، بود.

از دلایل احتمالی موثر نبودن مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما بر مشکلات عاطفی و همچنین مشکلات با همسالان می توان به شرایط دشوار زندگی این افراد اشاره نمود. موقعیت پیچیده و دشوار آنها سبب می شود تا آنچه که در این مداخله ارائه شده نتواند به صورت برون

شناختی متمرکز بر تروما را بر مشکلات بیش فعالی و سلوک در مرحله پیگیری نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود بین نمرات پیگیری زیر مقیاس‌های‌های بیش فعالی ($P < 0/006$) و مشکلات سلوک ($P < 0/042$) در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. این نتیجه گویای آن است که روش آموزشی تأثیر خود را در چهار ماه بعد از مداخله هنوز حفظ کرده است. علاوه بر این نمرات پیش آزمون تأثیر معنا داری بر نمرات پیگیری دارند ($P < 0/05$) و توان آماری بالا در این دو خرده مقیاس، کفایت حجم نمونه را نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

بی گمان نوجوانان دارای اختلالات رفتاری، نه تنها نمی توانند ظرفیت‌های خود را در بستر جامعه به سطح مهارت و خود شکوفایی برسانند، بلکه با بروز رفتارهای ناپخته و سازمان نیافته احتمال رفتارهای ضد اجتماعی در دوران جوانی را افزایش خواهند داد. اکتساب مهارت‌هایی که بیان افکار و احساسات را امکان پذیر می سازند، سبب غنای روابط بین فردی با دیگران در موقعیت‌های خانواده، مدرسه و اجتماع خواهد شد. مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما رویکرد نسبتاً نوپایی است که می خواهد فرد را در بافت یا زمینه زیستی، اجتماعی و فرهنگی خود قرار دهد.

دادهای رفتاری در حوزه ارتباط با همسالان و مشکلات عاطفی، بروز پیدا کند. علاوه بر این در محور مشکلات با همسالان پایدبه این نکته اشاره نمود که مداخله ارائه شده، در زمینه مهارت های اجتماعی و مهارت های ارتباطی با همسالان نبوده است.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله در افزایش توانمندی نوع دوستی در مرحله پیگیری ($P < 0.008$) موثر بود. در تبیین این موضوع می توان گفت روش های مداخله رفتاری- شناختی به فرد کمک نموده است تا با روش های به کار برده شده مانند، توقف افکار منفی، استفاده از تکنیک های ایمن سازی در برابر استرس و یا تکنیک زندگی خود را رنگ کنید و خودگویی مثبت، موجب افزایش توانایی نوع دوستی نوجوانان شاهد و ایثارگر در مرحله پیگیری شود. پایین بودن این خرده مقیاس ها در پیش آزمون نشان دهنده خلق منفی آنان بوده که با کاهش افکار منفی و یا استفاده از خودگویی مثبت به توانمندی بالاتر و کاهش مشکلات بیش فعالی و مشکلات سلوک رسیده اند.

نتایج این پژوهش در راستای تحقیقات موریس و همکاران (۲۰۰۸)؛ کاری و همکاران (۲۰۰۵) و ولز و آلبانو (۲۰۰۵) که نشان دادند اجرای برنامه های شناختی- رفتاری بر علائم جسمانی نوجوانان و به خصوص در مورد دختران (لیدبتر و همکاران ۱۹۹۹) موثر است، بود. همچنین با مطالعه بالینی فاوا و همکاران (۱۹۹۸)، فاوا و همکاران (۲۰۰۴) و فاوا و همکاران (۲۰۰۵) و فاوا (۲۰۰۹) که نشان داد برنامه شناختی رفتاری بر کاهش استرس و بهبودی اختلال اضطراب در دراز مدت موثر است، همخوانی دارد.

علیرغم شرایط موجود در خانواده این نوجوانان؛ گروه نمونه این تحقیق توانست به توانمندی بالاتر در نوع دوستی در مرحله پیگیری و کاهش مشکلات کرداری و رفتاری بالاتر از پیش آزمون دست یابد که می تواند راه انداز این تغییر، آموزش های ارائه شده باشد. اما به دنبال آن، این تغییرات بر اساس نظریه گسترش دهنده و سازنده فردریکسون (۱۹۹۸) قابل

تبیین است، به این نحو که با کاهش مشکلات رفتاری در نوجوان به این نکته که می تواند روی زندگی خود کنترل داشته باشد و عوامل مربوط به فشارها را کنترل کند، اعتقاد پیدا می کند؛ که این مسئله به توانمندی بالاتر نوجوان منجر می شود و احتمالاً آسیب پذیری نوجوان را در برابر تحریک شدید کاراندام شناختی و پرخاشگری و یا یاس و افسردگی در رویارویی با فشارهای زندگی کاهش می دهد و این چرخه می تواند به گستردگی بیشتر شبکه حمایت اجتماعی نوجوان بینجامد که خود به هیجانان مثبت بیشتر و کاهش مشکلات رفتاری می انجامد. معنا دار بودن نتایج در مرحله پیگیری و نه در مرحله پس آزمون در محور نوع دوستی، نشان داد این مداخله برای بروز و ظهور و تبدیل شدن به رفتار فردی، نیاز به زمان بیشتری داشته و کاهش مشکلات کرداری و رفتاری این گروه و افزایش توانمندی نوع دوستی نوجوانان نسبت به گروه کنترل در مجموع شرایط مناسب تری را برای این گروه از نوجوانان فراهم نمود.

روش های مختلف شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما از جمله شناسایی احساسات، سازگاری شناختی، توقف افکار و ارتقای احساس ایمنی، استرس نوجوان را کاهش داده و در به کارگیری مهارت های سازگاری وی را ترغیب می کند، که این موضوع در نوع خود می تواند باعث کاهش مشکلات رفتاری شود. لازم به ذکر است که درمانگر باید با مسائل فرهنگی و مذهبی آشنا باشد تا موجب تسهیل بکار بردن مداخله های رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما برای کودکان و نوجوانان بازمانده از فجایع شود.

آرامش عمیق عضلانی، یکی دیگر از تکنیک های ایمن سازی در برابر استرس، در درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما است. در حقیقت هنگامی که عضلات آرام نیستند، ما احساس گرفتگی و ناراحتی می کنیم، اما هنگامی که عضلات آرام شود، کمک می کند که احساس راحتی داشته باشیم. توجه به آرامش، موجب کاهش تمرکز روی افکار مربوط به تروما می شود و از آنجا که تنش و آرامش ضد یکدیگر

مداخله بر کاهش مشکلات و توانمندی‌های فرزندان نوجوان پسر شاهد و ایثارگر هم باید مورد بررسی قرار گیرد. همچنین این پژوهش تنها به اثربخشی مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما در نوجوانان شاهد و ایثارگر پرداخته و به سایر گروه‌های در معرض خطر مانند نوجوانان بازمانده از زلزله نپرداخته است.

تشکر و قدردانی

در پایان محققان بر خود لازم می‌دانند از زحمات و همکاری‌های مسئولین محترم مدارس شاهد که در انجام این مطالعه نقش داشتند و همچنین اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان و ناحیه پنج شهر اصفهان کمال قدردانی را داشته باشند.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Khamis
- 2-Family systems models
- 3- Minuchin
- 4- Watzlawick
- 5- Weine
- 6- Johnson &Thompson
- 7- Selimbasic
- 8- Sinanovic
- 9- Avdibegovic
- 10-Muris et al
- 11- Bernstein et al
- 12- Clarke et al
- 13- Kataoka et al
- 14- Leadbeater et al
- 15- Favaet al
- 16-prosocial behavior
- 17- Practice cognitive coping skills
- 18- Positive self talk
- 19-Goodman
- 20-Sarafino

منابع

- ۱- آرگایل، مایکل (۱۳۸۳) روان‌شناسی شادی، ترجمه مسعود گوهری انارکی، حمیدطاهر نشاط دوست، حسن پالانگ و فاطمه بهرامی. چاپ دوم، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- ۲- اسماعیلی، مریم، کلانتری، مهرداد، عسگری، کریم، مولوی، حسین و مهدوی، سعیده (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روش‌های ایمن‌سازی در برابر استرس در مقابل آموزش روابط بین فردی و مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی فرزندان پسر جانباز مبتلا به استرس پس از سانحه، فصلنامه طب جانباز، سال سوم، شماره دهم، ۱۱-۱.
- ۳- آنتونی، مایکل، ایرونسون، گیل، اشنایدرمن، نیل (۱۳۸۸)،

هستند، نوجوان یاد می‌گیرد که در مواقعی که دچار افکار ناخواسته می‌شود، این تمرین را انجام دهد. از این شیوه‌های گوناگون آرمیدگی می‌توان برای کنار آمدن با واکنش‌های فشار روانی به ویژه در مورد آن‌هایی که با فشارهای روانی کنترل‌ناپذیر ایجاد می‌شوند، استفاده کرد. شواهد موجود نشان می‌دهد که شیوه‌های آرمیدگی در اداره اضطراب، دردها، بیش‌فعالی و سایر واکنش‌های فشار روانی موثرند (سارافینو، ۲۰۰۲، به نقل از کار، ۲۰۰۴).

توقف فکر یکی دیگر از تکنیک‌های است که جهت ایمن‌سازی در برابر استرس در مقابله با تحریف‌های شناختی و افکار نگران‌کننده موثر می‌باشد. این تکنیک علاوه بر این، مراجع را برای پردازش شناختی آماده می‌کند؛ زیرا به او می‌آموزد که او می‌تواند روی افکار خود آگاهی داشته باشد. این روش موجب قطع توجه نوجوان نسبت به افکار بحران‌زا شده و در عین حال توجه او را به افکار غیر بحرانی معطوف می‌کند. این تکنیک باعث شده تا در مواردی که فرد نیاز به تمرکز روی مسائل پیرامون خود مانند درس، مدرسه، بازی، ورزش و یا تعامل با دوستان دارد، از آن استفاده نماید (کوهن، ۲۰۰۱). در مجموع تکنیک‌های فوق باعث کاهش علائم رفتاری در نوجوانان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. نتایج این پژوهش در راستای تحقیقات جابرقادری و همکاران (۱۳۸۰)؛ یارمحمدیان و عابدی (۱۳۸۷)؛ کیکانگاس و کینونن (۲۰۰۳) و آرگایل (۲۰۰۱) که نشان دادند تکنیک‌های ایمن‌سازی در برابر استرس بر بهبود علائم آسیب‌دیدگی نوجوانان موثر است، بود.

در نهایت نتایج این پژوهش، مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما را که برای نوجوانان بازمانده از فجایع طراحی شده است را، در جهت کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان شاهد و ایثارگر پیشنهاد می‌کند. همچنین استفاده از سایر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش مشکلات و افزایش توانمندی‌های نوجوانان پیشنهاد می‌شود. از محدودیت‌های این پژوهش اجرای مداخله بر روی نوجوانان دختر بود؛ اما اثربخشی این

Practice.

17-Dickey, W & Blumberg, S. (2004). Revisiting the factorstructure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States, 2001. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1159-1167.

18-Fava, G. A. (2009). The decline of pharmaceutical psychiatry and the increasing role of psychological medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 220-227.

19-Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-820.

20-Fava, G. A., Ruini, C., & Rafanelli, C. (2004). Psychometric theory is an obstacle to the progress of clinical research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 145-148.

21-Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., et al. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.

22-Frederikson, L. G., Chamberlain, K., & Long, N. (1998). Unacknowledged casualties of the Vietnam War: Experiences of the partners of New Zealand veterans. *Qualitative Health Research*, 6 (1), 49-70.

23-Fredrickson, B. L. & Tugade, M. M. (2002). What Good Are Positive Emotions In Crises? *Personality processes and individual differences*. 365-376. Vol 84

24-Johnson, B. (1990). "The investigation of father-son interaction and effects on children personality". *Mental Health and Family J*, 45(3):24-35.

25-Johnson, H & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (P. T. S. D) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review *Clinical psychology Review*.

26-Harrington, R. (2004). Behavioural disorders in children and adolescents. *Medicine*, 32 (8) :55-7.

27-Isen, A. M. (1999). Positive affect. in T. Dalgleish and M. Power (Eds), *Handbook of cognition and Emotion*. Chichester: John. Wiley and sons

28-Koskelainen, M., Sourander, A. & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 180-185.

29-Kataoka, S., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., et al. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 311-318.

30-Khamis, V. (2012). Impact of war, religiosity and ideology on PTSD and psychiatric disorders in adolescents from Gaza Strip and South Lebanon. *Social Science & Medicine J*. 74:2005-2011.

مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، ترجمه حمید طاهر نشاط دوست و همکاران، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.

۴- جابرقادری، نسربین، علیایی زند، شهین، دولت‌آبادی، شیوا (۱۳۸۰). مقایسه دو روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازی و آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT) در بهبود علائم آسیب‌دیدگی روانی کودکان آزار دیده جنسی، تازه‌های علوم شناختی، ۳، ۴، ۲، ۱۶-۲۶.

۵- سادوک، ب و سادوک، و (۱۳۸۲). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضایی و حسن رفیعی. تهران: انتشارات ارجمند.

۶- علیزاده، حمید (۱۳۸۳). اختلال نارسانی توجه/ فزون جنسی: ویژگی‌ها، ارزیابی، درمان. تهران: رشد.

۷- قره باغی، فاطمه، آگیلار وفاپی، مریم (۱۳۸۸). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات در نمونه کودکان ایرانی، *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۵، ۳، ۲۴۱-۲۳۱.

۸- قهاری، شهربانو، مهربار، امیر هوشنگ، بیرشک، بهروز (۱۳۸۲) بررسی مقایسه‌ای برخی از اختلالات روانی در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله شاهد، محروم از پدر، جانباز و عادی شهرستان چالوس. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال سیزدهم، شماره ۹۰، ۴۱-۸۱.

۹- مولوی، حسین (۱۳۸۶). راهنمای عملی SPSS-۱۳-۱۴ در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات پویا اندیشه.

۱۰- یارمحمدیان، احمد، عابدی، احمد (۱۳۸۷). مقایسه اثر بخشی روش‌های شناختی رفتاری در مقابل روش‌های القاء خلق در افزایش میزان شادی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر اصفهان. *مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره* ۷، ۲۶، ۷۴-۵۹.

11-Bernstein, G.A., Layne, A. E., Egan, E.A & Tennison, D. M. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1118-1127.

12-Carr, A. (2004). *Positive Psychology. The science of Happiness and human Strengths*. Brunner – routledge. Taylor & francis group. Hove and New York.

13-Cohen, J. A., Greenberg, T., Padlo, S., Shipley, C., Mannarino, A. P., Deblinger, E & Stubenbort, K. (2001). *Cognitive Behavioral Therapy for Traumatic Bereavement in Children Treatment Manual*. Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents. Department of Psychiatry Allegheny General Hospital Pittsburgh, PA.

14-Clarke, G. N., DeBar, L. L., & Lewinsohn, P. M. (2003). Cognitive behavioral group treatment for adolescent depression. In A. E. Kazdin, & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 120-134). New York: Guilford Press.

15-Clarke, R.D & Shields, G. (1997). Family communication and Delinquency *Academic search Premier*, 32, 125.

16-Curry, J. Wells, K & March, J. (2005). Development of and rationale Treatment for Adolescents with Depression (TADS) CBT. *Cognitive & Behavioral*

- non-clinical children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 73-86.
- 35-Selimbasic, Z., Sinanovic, O., Avdibegovic, E. (2012). Emotional and Behavioral problem in Children of War veterans with posttraumatic stress disorder, *European Psychiatry*, 27, 1, 1.
- 36-Weine, S., Muzurovic, N., Kulauzovic, Y., Besic, S., Lezic, A., Mujagic, A., Muzurovic, J., Spahovic, D., Feetham, S, Ware, N, Knaf, K & Pavkovic I.(2004). Family consequences of refugee trauma. *Family Process*.43:147-160.
- 37-Wells, K& Albano, A. (2005). Involving parents in Treatment for Adolescents with Depression (TADS) CBT. *Cognitive & Behavioral Practice*.
- 31-Kikangas, A, M. Kinnunen, U. (2003). Psychosocial work stressors and well-being: self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample, *Personality and Individual Differences*, 35, 537-557.
- 32-Leadbeater, B. J. , Kuperminc, G. P. , Blatt, S. J. , & Herzog, C. (1999). A multivariate model of gender difference in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35 (5), 1268-1282.
- 33-Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*; Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 34-Muris, P., Vermeer, E& Horselenberg, R.(2008). Cognitive development and the interpretation of anxiety-related physical symptoms in 4. 13-year-old