

پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری (علمی- پژوهشی)

سال پنجم، شماره دوم، پیاپی (۹)، پاییز و زمستان ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۱۵

صص: ۱۴۲-۱۲۷

## مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر توانایی و مشکلات رفتاری دختران شاهد و ایثارگر

مریم اسماعیلی

استادیار روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

m.esmaili@edu.ui.ac.ir

### چکیده

هدف اصلی این پژوهش، مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر توانایی و مشکلات نوجوانان فرزندان نوجوان دختر (۱۶-۱۳ سال) شاهد و ایثارگر بود. ۳۹ نفر از فرزندان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و در سه گروه ۱۳ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) به صورت تصادفی قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ) کودکان، (2000) و پرسشنامه جمعیت‌شناختی بود. پس از اعمال مداخله پس از آزمون و چهار ماه بعد پیگیری اجرا شد. نتایج حاکی از آن بود که تفاوت معنی‌داری در نمره کل (نمره کل توانایی و نمره کل مشکلات رفتاری - هیجانی) بین گروه‌های آزمایش متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی در مقایسه با گروه گواه وجود داشت ( $F=4.29, P \leq 0.001$ ). در زیر مقیاس‌های مشکلات بیش‌فعالی ( $M=3.15$ ) و مشکلات سلوک ( $M=3.23$ )، اثربخشی مداخله متمرکز بر تروما از آموزش مهارت‌های اجتماعی مؤثرتر بود. در مرحله پیگیری، و در زمینه توانایی نوع‌دوستی، آموزش مهارت اجتماعی ( $M=9.53$ ) بر مداخله متمرکز بر تروما ( $M=9.38$ ) برتری داشت ( $P < 0.01$ ). در مجموع، این تحقیق استفاده از مداخله متمرکز بر تروما و مداخله آموزشی مهارت‌های اجتماعی را در جهت افزایش توانایی‌ها و کاهش مشکلات رفتاری در فرزندان شاهد و ایثارگر پیشنهاد می‌کند.

**واژگان کلیدی:** مداخله متمرکز بر تروما، آموزش مهارت‌های اجتماعی، توانایی و مشکلات، فرزندان شاهد و ایثارگر.

## مقدمه

در این میان، نوجوانان شاهد و ایثارگر که دوران کودکی خود را با فقدان پدر و یا آسیب دیدگی او، که حضور او نقش اساسی در رشد و تحول روانی کودک و نوجوان دارد، سپری نموده‌اند، نیازمند توجه بیشتری هستند. نتایج به دست آمده از آخرین تحقیقات، گویای آن است که فرزندان جانبازان، نسبت به فرزندانانی که دارای پدران فاقد این اختلال هستند، مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری را نشان می‌دهند و همبستگی مثبتی بین مشکلات رفتاری فرزندان جانباز و میزان آسیب دیدگی پدران آن‌ها وجود دارد (سلیمباسیک و همکاران، ۲۰۱۲).

قهاری و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهشی که به منظور بررسی اختلالات روانی فرزندان محروم از پدر، شاهد، جانباز و عادی انجام دادند، این کودکان را به لحاظ انواع اختلالات روانی مقایسه نمودند.

نتایج نشان داد که در بین چهار گروه از کودکان، اختلالات روانی کودکان 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، بر رشد و پیش‌آگهی آن‌ها تاثیر بگذارد. در پژوهشی دیگر مشخص شد که دانش‌آموزان دبیرستانی شاهد در مقایسه با گروه کنترل غیرشاهد، پیشرفت تحصیلی، سازگاری اجتماعی و تحصیلی پایین‌تری برخوردارند (وفایی و روشن، ۱۳۸۵).

در پژوهش کرامتی و همکاران (۱۳۸۵)، مشخص شد که کودکان فاقد پدر اختلالات رفتاری

اثرات جنگ بر اختلالات روانی و روانپزشکی نوجوانان در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است (خامیس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). عوامل بسیاری وجود دارد که کودکان و نوجوانان را در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی قرار می‌دهد و یا آن‌ها را در برابر این مسأله محافظت می‌کند. یکی از عوامل ایجاد خطر آسیب روانی در نوجوانان، عوامل خانوادگی از جمله طبقه اجتماعی پایین، تعارض خانوادگی، نابسامانی خانواده، انحراف در روابط خانوادگی، پیوستگی ضعیف والد - فرزند و بیماری روانی اعضای خانواده است (سادوک و سادوک<sup>۲</sup>، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۶). اختلالات روانی والدین می‌تواند بر مهارت‌های فرزندپروری آن‌ها تاثیر منفی بگذارد که این امر به نوبه خود می‌تواند دامنه گسترده‌ای از مسائل و مشکلات رشدی نوجوانان؛ از قبیل: افسردگی، اضطراب، اختلال سلوک و بزهکاری را به همراه داشته باشد (پاورز و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹). در حقیقت، خانواده مهم‌ترین نقش را در شکل‌گیری شخصیت فرد و ترسیم چهره‌ای شاداب، موفق و سالم از فرزند دارد (تایلور و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). خانواده رکن طبیعی و اساسی اجتماع و نخستین خاستگاه تعلیم و تربیت است که در این میان، نقش پدر و مادر در خلق و عاطفه و شخصیت فرزندان اهمیت اساسی دارد. بدیهی است که بیماری روانی پدر، خانواده را از وضعیت طبیعی خویش خارج ساخته، آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌های روانی را افزایش می‌دهد.

<sup>1</sup> Khamis

<sup>2</sup> Sadock

<sup>3</sup> Powers etal

<sup>4</sup> Taylor etal

<sup>5</sup> Selimbasic etal

از تکنیک‌های متمرکز بر تروما در درمان اختلالات رفتاری به‌طور موفقیت‌آمیز استفاده‌های فراوانی شده است (موریس و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸، برنستین و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵؛ کلارک و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳؛ کاتائوکا و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳). با توجه به مطالعاتی که تاکنون انجام شده و با در نظر گرفتن این‌که این گروه از افراد در معرض خطر محسوب می‌شوند، تاکید بر استفاده از مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما بود. از طرف دیگر، تحقیقات پیشین نشان داد که این گروه از سازگاری اجتماعی کمتری نسبت به گروه گواه برخوردارند و از دست دادن و یا آسیب‌دیدگی کلی پدر، الگوهای کارآمد اجتماعی کمتری را در دسترس دارند که این مسأله ممکن است به بروز مشکلات رفتاری و یا کاهش توانایی‌های بیشتری بینجامد. بنابراین، این پژوهش بر آن است تا به مقایسه دو روش آموزش مهارت‌های اجتماعی و مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما بر مشکلات و توانایی‌های نوجوانان دختر شاهد و ایثارگر بپردازد.

همچنین، این پژوهش به دنبال بررسی این مسأله در یک پژوهش مقایسه اثربخشی است.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو روش آموزش مهارت‌های اجتماعی و مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما در کاهش مشکلات رفتاری و ارتقای توانمندی‌های نوجوانان دختر شاهد و ایثارگر شهر اصفهان است. فرضیه‌های این پژوهش به قرار ذیل بود:

ضداجتماعی و ناسازگاری اجتماعی را بیشتر از گروه دارای پدر نشان دادند. تاثیرات فقدان پدر بر فرزندان، صرفاً از رهگذر نقش جنسیتی پدر نیست؛ بلکه حمایت اجتماعی، عاطفی، نقش اقتصادی و همچنین تاثیر فقدان پدر بر انزوای مادر نیز قابل تأمل است (نیسی و همکاران، ۱۳۸۰).

روشن و شعیری (۱۳۸۳) در پژوهشی که با هدف بررسی عوامل تنیدگی و راه‌های مقابله با تنیدگی انجام دادند، دریافتند که دانشجویان شاهد در مقایسه با دانشجویان غیرشاهد، بیشتر از سبک مقابله‌ای انکار استفاده می‌کنند. همچنین، مقایسه عوامل تنیدگی در دو گروه نشان داد که در دانشجویان شاهد، عوامل تنیدگی‌زای تحصیلی، مالی، بهداشتی و هیجانی بیشتر از دانشجویان غیرشاهد مشاهده می‌شود. با توجه به مطالب بیان شده، ضرورت پژوهش پیرامون رفع مشکلات رفتاری و ارتقای توانایی‌های نوجوانان شاهد و ایثارگر بسیار روشن است. تحقیقات بسیاری اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کفایت اجتماعی افراد را در زیرمجموعه‌های دانش‌آموزی نشان می‌دهد (کوک و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ گرشام و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ فورنس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ مگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵ و اسمیت و تراویس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). همچنین، از آموزش مهارت‌های اجتماعی در مورد مسائلی مانند: مشکلات رفتاری، رفتار شخصی، سازگاری، همکاری، تعامل و پرخاشگری استفاده شده است (هوروویتس و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷؛ اشرفی و منجری، ۱۳۹۰). همچنین

<sup>1</sup> Cook etal

<sup>2</sup> Gresham etal

<sup>3</sup> Forness

<sup>4</sup> Maag

<sup>5</sup> Smith & Travis

<sup>6</sup> Horowitz etal

<sup>7</sup> Muris etal

<sup>8</sup> Bernstein etal

<sup>9</sup> Clarke etal

<sup>10</sup> Kataoka etal

برای در نظر گرفتن ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها با استفاده از مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) بررسی شده تا موارد اختلالات روانی که احتیاج به مداخلات دارویی داشتند، از تحقیق حذف شوند. همچنین، ملاک خروج از پژوهش عدم رضایت دانش‌آموزان و یا خانواده آن‌ها و همچنین، غیبت بیش از دو جلسه بود. گروه‌های آزمایش تعداد هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت دو و نیم ماه تحت مداخلات یادشده قرار گرفتند و گروه گواه این مداخله را دریافت نکرد. متغیرهای مستقل در این پژوهش، شامل مداخله متمرکز بر تروما و آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی بود که فقط بر روی گروه‌های آزمایش اعمال شد. تاثیر مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری افراد گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه بررسی شد.

در این پژوهش برای رفع مشکلات رفتاری نوجوانان شاهد و ایثارگر از مداخله متمرکز بر تروما برای بازماندگان از فجایع کوهن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) و نیز برنامه آموزش روابط بین فردی و مهارت‌های اجتماعی که توسط بریگمن و کمپبل<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) و لوینسون و گوت لیب<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) مطرح شده است، استفاده شد. مداخله متمرکز بر تروما برای بازماندگان از فجایع شامل درمان ایمن‌سازی در برابر استرس و پردازش شناختی می‌باشد.

جلسات مداخله متمرکز بر تروما به شرح زیر می‌باشد: **جلسه اول**، شامل ۱- معرفی تکنیک‌های شناسایی احساسات، مانند احساسات شدید خشم، ترس، نفرت و انتقام که بعضی مواقع منجر به

۱- مداخله متمرکز بر تروما در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل بر توانایی و مشکلات نوجوانان شاهد و ایثارگر مؤثر است.

۲- مداخله متمرکز بر تروما در مرحله پیگیری در مقایسه با گروه کنترل بر توانایی و مشکلات نوجوانان شاهد و ایثارگر مؤثر است.

۳- آموزش مهارت‌های اجتماعی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل بر توانایی و مشکلات نوجوانان شاهد و ایثارگر مؤثر است.

۴- آموزش مهارت‌های اجتماعی در مرحله پیگیری در مقایسه با گروه کنترل بر توانایی و مشکلات نوجوانان شاهد و ایثارگر مؤثر است.

۵- بین مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر توانایی و مشکلات نوجوان شاهد و ایثارگر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

### روش پژوهش

این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش، تمامی فرزندان نوجوان دختر شاهد و ایثارگر در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۹ در شهر اصفهان بود که از میان آنان تعداد ۳۹ نفر به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند؛ به این ترتیب که از نواحی پنجگانه آموزش و پرورش، ناحیه ۵ و از این ناحیه ۳۹ نفر از مجموع ۷۲۶ نفر فرزند شاهد و ایثارگر ۱۳ تا ۱۶ ساله با حمایت ستاد شاهد ناحیه ۵ انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۳ نفر). حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آماری (مولوی، ۱۳۸۶) در یک مطالعه مقدماتی محاسبه شد که برای هر گروه ۱۳ نفر کفایت داشت.

<sup>1</sup> Cohen et al

<sup>2</sup> Brigman & Campbell

<sup>3</sup> Lewinsohn & Gotlib

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.

روش آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی

اجرا شده در این تحقیق به شرح ذیل است:

**جلسه اول:** آشنایی اولیه با مراجع، تاکید بر شرکت فعال و حضور به‌موقع و اجرای پیش‌آزمون توسط همکار پژوهشگر. **جلسه دوم و سوم:** آموزش خویشتن‌شناسی و مهارت‌های جرأت‌ورزی. **جلسه چهارم:** آموزش مهارت‌های خودابرازی، مسؤولیت‌پذیری و همکاری. **جلسه پنجم:** مهارت‌های مربوط به دوست‌یابی و حفظ روابط بین فردی و توانایی همدلی کردن. **جلسه ششم و هفتم:** مهارت‌های بیان (کلامی) و بیان چهره‌ای و ارتباط غیرکلامی (دیداری، لمسی، صوتی). **جلسه هشتم:** آموزش مهارت‌های بحث و گفتگو و گوش دادن فعال (توجه، پیگیری، انعکاس). **جلسه نهم:** اجرای آزمون پیگیری به فاصله چهار ماه پس از اجرای پس‌آزمون. بر این اساس، توانایی‌هایی که افراد باید با آموزش مهارت‌های اجتماعی برای اجرای عملکرد مناسب در موقعیت‌های مختلف به دست بیاورند، شامل رابطه مثبت اجتماعی<sup>۱</sup>، توسعه پذیرش همسالان<sup>۲</sup>، فراهم کردن سازگاری

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 گفته‌شده؛ ۲- تمرین عملی مهارت‌های سازگاری شناختی مانند تمرکز بر جنبه‌های مثبت، خودگویی مثبت، آموزش خوش‌بینی؛ ۳- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده. جلسه پنجم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده؛ ۲- مواجهه تدریجی 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

<sup>1</sup> positive social relationships

<sup>2</sup> developing peer acceptance

تحصیلات پدر و مادر، درصد جانبازی و مدت اسارت پدر بود.

### یافته‌های پژوهش

نظر به اینکه در پژوهش حاضر بر اساس یک طرح آزمایشی به مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل پرداخته شد و بدین منظور از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد، ضرورت داشت قبل از اجرای تحلیل واریانس چند متغیری به بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون پرداخته شود. به همین منظور، همسانی واریانس‌ها و نرمال بودن نمره‌ها و آزمون باکس قبل از تحلیل انجام شد و نتایج نشان داد که استفاده از این آزمون بلامانع است. همچنین، لازم است نسبت به شناسایی آن دسته از متغیرهایی که با متغیر وابسته پژوهش رابطه معنی‌داری دارند اقدام گردد تا در مراحل بعدی، اثر آن‌ها از طریق تحلیل کوواریانس کنترل شود. در راستای این هدف با استفاده از ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش، همبستگی بین سن، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، سن پدر، سن مادر و معدل تحصیلی با نمرهٔ پیش‌آزمون متغیرهای وابسته پژوهش (بهزیستی روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن) بررسی شد که نتایج همبستگی رتبه‌ای اسپیرمنین متغیرهای جمعیت‌شناختی و نمره‌های پیش‌آزمون نشان داد که هیچ کدام از متغیرهای جمعیت‌شناختی با بیش‌فعالی، مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، مشکلات با همسالان، رفتار نوع دوستی و نمره کل مشکلات همبستگی معنی‌داری ندارند و کنترل متغیرهای مذکور با توجه به عدم همبستگی معنی‌دار، به عنوان متغیر همپراش از طریق تحلیل واریانس چند متغیری، لازم نیست.

رضایت‌بخش در مدرسه<sup>۱</sup> و افزایش راهبردهای مقابله‌ای<sup>۲</sup> برای مقابله با استرسورها در زندگی است (گرشام و همکاران، ۲۰۰۴).

### ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ): این پرسشنامه را گودمن (۱۹۹۷) طراحی و میانگین آلفای کرونباخ را ۰/۷۳ گزارش کرده 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 می‌کند. نمره‌گذاری آن از صفر تا ۲ است که برای گزینه‌های «درست نیست»، «تا حدی درست» و «کاملاً درست است» در نظر گرفته شد. نمره کل می‌تواند بین صفر تا ۴۰ نوسان داشته باشد. این پرسشنامه دارای پنج شاخص (شاخص‌های بیش‌فعالی، مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک و مشکل در ارتباط با هم‌تاها و توانایی نوع دوستی) است. پرسشنامه یاد شده در جامعه ایرانی اعتباریابی شده است (تهرانی دوست و همکاران، ۱۳۸۵).

وفایی و روشن (۱۳۸۵) نمره آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای مشکلات و ۰/۶۵ را برای توانایی نوع دوستی و اعتبار درونی کل مقیاس را ۰/۴۳ و در زیر مقیاس‌ها، به ترتیب در مشکلات سلوک ۰/۵۸، پر فعالیتی ۰/۶۸، علایم هیجانی ۰/۷۵ و مشکلات با همسالان ۰/۴۹ را گزارش کرده‌اند.

ب) پرسشنامه جمعیت شناختی: اطلاعات جمعیت‌شناختی مورد نیاز این پژوهش از جمله: سن، جنس، تعداد فرزندان، سن پدر و مادر،

<sup>1</sup> satisfactory school adjustment

<sup>2</sup> coping strategies

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری تاثیر عضویت گروهی بر نمره‌های مشکلات و توانایی‌ها در گروه‌ها

| نام آزمون        | متغیر وابسته | منبع تغییرات | F     | سطح معناداری | ضریب اتا | توان آماری |
|------------------|--------------|--------------|-------|--------------|----------|------------|
| آزمون اثر پیلایی | مشکلات       | پس‌آزمون     | ۳/۷۴  | ۰/۰۱         | ۰/۲۵     | ۰/۸۹       |
|                  |              | پیگیری       | ۱۲/۲۷ | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۹     | ۰/۹۶       |
| آزمون اثر پیلایی | توانایی      | پس‌آزمون     | ۳/۷۴  | ۰/۰۱         | ۰/۱۵     | ۰/۵۷       |
|                  |              | پیگیری       | ۶/۹۸  | ۰/۰۰۳        | ۰/۲۸     | ۰/۹۰       |

براساس جدول (۱) مشخص می‌شود که تفاوت بین نمره‌های مشکلات دو گروه آزمایش و کنترل در مجموع معنی‌دار است. به عبارت دیگر، در مرحله پس‌آزمون ( $P < 0/01$ ) و پیگیری ( $P < 0/01$ ) بین دختران نوجوان شاهد و اینارگر که آموزش مهارت‌های اجتماعی و مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما را دریافت کرده‌اند (دو گروه آزمایش) و نوجوانان دختر شاهد و اینارگر که

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات توانایی‌ها و مشکلات و زیر مقیاس‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| گروه‌ها                 | شاخص‌ها           | تعداد | پیش‌آزمون |                  | پس‌آزمون |                  | پیگیری  |                  |
|-------------------------|-------------------|-------|-----------|------------------|----------|------------------|---------|------------------|
|                         |                   |       | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| مداخله متمرکز بر تروما  | بیش‌فعالی         | ۱۳    | ۳/۹۲۳     | ۱/۳۲۰            | ۳/۳۸۴    | ۲/۱۴۲            | ۳/۱۵۴   | ۲/۰۳۵            |
|                         | مشکلات هیجانی     | ۱۳    | ۴/۶۱۵     | ۲/۲۱۸            | ۳/۰۷۷    | ۲/۳۶۱            | ۱/۵۳۹   | ۱/۳۳۰            |
|                         | مشکلات سلوک       | ۱۳    | ۳/۳۸۵     | ۱/۶۶۰            | ۳/۰۷۶    | ۱/۱۸۸            | ۳/۲۳۱   | ۰/۹۲۷            |
|                         | مشکلات با همسالان | ۱۳    | ۲/۳۸۵     | ۱/۵۵۶            | ۱/۹۲۳    | ۲/۰۶۰            | ۱/۵۳۹   | ۱/۱۹۸            |
|                         | کل مشکلات         | ۱۳    | ۱۴/۳۰۸    | ۳/۰۶۵            | ۱۱/۴۶۲   | ۶/۳۰۶            | ۹/۶۹۲   | ۴/۷۱۵            |
| آموزش مهارت‌های اجتماعی | توانایی نوع دوستی | ۱۳    | ۸/۷۶۹     | ۰/۸۳۲            | ۸/۸۴۶    | ۰/۹۸۷            | ۹/۳۸۵   | ۰/۸۷۰            |
|                         | بیش‌فعالی         | ۱۳    | ۳/۹۲۳     | ۱/۳۲۰            | ۳/۳۸۴    | ۲/۱۴۲            | ۳/۱۵۴   | ۲/۰۳۵            |
|                         | مشکلات هیجانی     | ۱۳    | ۴/۶۱۵     | ۲/۲۱۸            | ۳/۰۷۷    | ۲/۳۶۱            | ۱/۵۳۹   | ۱/۳۳۰            |
|                         | مشکلات سلوک       | ۱۳    | ۳/۳۸۵     | ۱/۶۶۰            | ۳/۰۷۶    | ۱/۱۸۸            | ۳/۲۳۱   | ۰/۹۲۷            |
|                         | مشکلات با همسالان | ۱۳    | ۲/۳۸۵     | ۱/۵۵۶            | ۱/۹۲۳    | ۲/۰۶۰            | ۱/۵۳۹   | ۱/۱۹۸            |
| گروه کنترل              | کل مشکلات         | ۱۳    | ۱۴/۳۰۸    | ۳/۰۶۵            | ۱۱/۴۶۲   | ۶/۳۰۶            | ۹/۶۹۲   | ۴/۷۱۵            |
|                         | رفتار نوع دوستی   | ۱۳    | ۲/۶۹۲     | ۱/۵۴۸            | ۹/۱۵۴    | ۱/۰۶۸            | ۹/۵۳۹   | ۰/۵۱۹            |
|                         | بیش‌فعالی         | ۱۳    | ۵/۱۵۴     | ۲/۱۵۴            | ۵/۰۷۷    | ۲/۱۷۸            | ۵/۰۷۷   | ۲/۱۷۸            |
|                         | مشکلات هیجانی     | ۱۳    | ۱/۹۳۳     | ۲/۱۰۰            | ۱/۹۲۳    | ۲/۱۰۰            | ۱/۹۳۰   | ۲/۱۰۰            |
|                         | مشکلات سلوک       | ۱۳    | ۳/۸۴۶     | ۱/۲۸۱            | ۳/۶۹۲    | ۱/۳۷۷            | ۳/۶۹۲   | ۱/۳۷۷            |
| توانایی نوع دوستی       | 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   | ۶/۳۸۴            | ۱۲/۹۲۳  | ۶/۳۸۳            |
|                         | توانایی نوع دوستی | ۱۳    | ۲/۱۵۴     | ۱/۵۱۹            | ۲/۲۳۱    | ۱/۴۸۱            | ۲/۲۳۱   | ۱/۴۸۱            |

قبل از انجام تحلیل کواریانس پیش‌فرض‌های این تحلیل از نظر نرمال بودن نمره‌ها ( $P \leq 0/05$ ) و همسانی واریانس‌ها ( $P \leq 0/31$ ) بررسی و ذکر شد. در جدول‌های زیر به تحلیل استنباطی داده‌های به‌دست آمده پرداخته می‌شود.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های بیش‌فعالی، مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، مشکلات با همسالان و توانایی نوع‌دوستی را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری در خرده مقیاس‌های مشکلات

| شاخص‌ها           | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | ضریب اتا | توان آماری | منابع متغیر وابسته |
|-------------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|----------|------------|--------------------|
| بیش‌فعالی         | ۹/۵۳          | ۲          | ۹/۵۳            | ۴/۶۰  | ۰/۰۱         | ۰/۲۲     | ۰/۷۴       |                    |
| مشکلات هیجانی     | ۳/۵۸          | ۲          | ۳/۵۸            | ۰/۹۴  | ۰/۰۴         | ۰/۰۵     | ۰/۲۰       |                    |
| مشکلات سلوک       | ۵/۰۱          | ۲          | ۵/۰۱            | ۳/۴۱  | ۰/۰۴         | ۰/۱۸     | ۰/۶۰       | گروه               |
| مشکلات با همسالان | ۴/۵۸          | ۲          | ۴/۵۸            | ۲/۳۷  | ۰/۱۱         | ۰/۱۳     | ۰/۴۴       | (پس‌آزمون)         |
| کل مشکلات         | ۶۳/۵۲         | ۲          | ۶۳/۵۲           | ۴/۲۵  | ۰/۰۲         | ۰/۲۱     | ۰/۷۰       |                    |
| توانایی نوع‌دوستی | ۲/۶۹          | ۲          | ۱/۳۴            | ۳/۱۸۵ | ۰/۰۵         | ۰/۱۵     | ۰/۵۷       |                    |
| بیش‌فعالی         | ۱۲/۴۳         | ۲          | ۱۲/۴۳           | ۶/۵۳  | ۰/۰۰۴        | ۰/۲۹     | ۰/۸۸       |                    |
| مشکلات هیجانی     | ۵/۶۱          | ۲          | ۵/۶۱            | ۱/۵۱  | ۰/۲۳         | ۰/۰۸     | ۰/۳۰       |                    |
| مشکلات سلوک       | ۷/۳۲          | ۲          | ۷/۳۲            | ۵/۲۹  | ۰/۰۱         | ۰/۲۲     | ۰/۸۰       | گروه               |
| مشکلات با همسالان | ۰/۴۲          | ۲          | ۰/۴۲            | ۰/۲۹  | ۰/۷۵         | ۰/۰۱     | ۰/۰۹       | (پیگیری)           |
| کل مشکلات         | ۳۴/۹۱         | ۲          | ۳۴/۹۱           | ۴/۲۹  | ۰/۰۲         | ۰/۲۱     | ۰/۷۱       |                    |
| توانایی نوع‌دوستی | ۸/۸۳          | ۲          | ۴/۴۱            | ۶/۹۸  | ۰/۰۰۳        | ۰/۲۸     | ۰/۹۰       |                    |

همچنین، جدول (۳) تاثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی و مداخله متمرکز بر تروما را بر مشکلات بیش‌فعالی ( $P < 0/004$ ) و مشکلات سلوک ( $P < 0/01$ ) و همچنین، کل مشکلات ( $P < 0/02$ ) در مرحله پیگیری نشان می‌دهد. این نتیجه گویای آن است که روش آموزش مهارت‌های اجتماعی و مداخله متمرکز بر تروما تاثیر خود را در چهار ماه بعد از مداخله هنوز حفظ کرده است. همان‌طور که نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول (۳) نشان

همان‌طور که نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول (۳) نشان می‌دهد، بین نمره‌های پس‌آزمون زیر مقیاس‌های بیش‌فعالی ( $P < 0/01$ ) و مشکلات هیجانی ( $P < 0/04$ ) و مشکلات سلوک ( $P < 0/04$ ) و همچنین کل مشکلات ( $P < 0/02$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که آموزش مهارت‌های اجتماعی و مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما بر بهبود مشکلات بیش‌فعالی و هیجانی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشت.



می‌دهد، بین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری توانایی نوع‌دوستی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که آموزش مهارت‌های اجتماعی و مداخله متمرکز بر تروما، بر افزایش توانایی نوع‌دوستی مؤثر بود. نکته قابل توجه این است که اثربخشی مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است و این یافته بیانگر این است که اثربخشی مداخلات بر

افزایش توانایی نوع‌دوستی نوجوانان دختر شاهد و ایثارگر به زمان بیشتری نیاز دارد. بنابراین، فرضیه اول و دوم پژوهش مبنی بر مداخله متمرکز بر تروما در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری و فرضیه سوم و چهارم پژوهش آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون پیگیری بر خرده‌مقیاس‌های مشکلات و توانایی نوجوانان شاهد و ایثارگر مؤثر است، تایید شد.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون LSD در پس‌آزمون

| متغیر       | گروه                   | گروه          | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|-------------|------------------------|---------------|---------------|----------------|--------------|
| بیش‌فعالی   | مداخله متمرکز بر تروما | مهارت اجتماعی | ۰/۱۹۵         | ۰/۴۴۵          | ۰/۶۶         |
|             | مهارت اجتماعی          | کنترل         | ۱/۲۴          | ۰/۴۵۰          | ۰/۰۱         |
|             | کنترل                  | کنترل         | ۱/۴۳          | ۰/۵۳۴          | ۰/۰۱         |
| مشکلات سلوک | مداخله متمرکز بر تروما | مهارت اجتماعی | ۰/۴۵۷         | ۰/۳۷۴          | ۰/۲۳         |
|             | مهارت اجتماعی          | کنترل         | ۰/۷۰۶         | ۰/۳۷۹          | ۰/۰۷         |
|             | کنترل                  | کنترل         | ۱/۱۶۲         | ۰/۴۴۹          | ۰/۰۱         |
| کل مشکلات   | مداخله متمرکز بر تروما | مهارت اجتماعی | ۰/۴۶۸         | ۱/۱۹           | ۰/۶۹         |
|             | مهارت اجتماعی          | کنترل         | ۳/۴۸۳         | ۱/۲۱           | ۰/۰۰۷        |
|             | کنترل                  | کنترل         | ۳/۰۱۶         | ۱/۴۳           | ۰/۰۴         |
| نوع‌دوستی   | مداخله متمرکز بر تروما | مهارت اجتماعی | -۰/۳۰         | ۰/۴۴۹          | ۰/۰۱         |
|             | مهارت اجتماعی          | کنترل         | ۰/۰۸          | ۰/۴۵۰          | ۰/۰۱         |
|             | کنترل                  | کنترل         | ۶/۴۶          | ۰/۵۳۴          | ۰/۰۱         |

کارآمدتر بود. از دیگر سو، نتایج نشان داد در دو زیرمقیاس (بیش‌فعالی و سلوک) و نمره کل مشکلات رفتاری و هیجانی، اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و مداخله متمرکز بر تروما نسبت به گروه کنترل بیشتر است.

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که در زیرمقیاس‌های مشکلات بیش‌فعالی و مشکلات سلوک، اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی از مداخله متمرکز بر تروما مؤثرتر بوده است. در کل، تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان دختر شاهد و ایثارگر مشاهده نشد. در محور توانمندی‌ها مداخله آموزش مهارت‌های اجتماعی از مداخله متمرکز بر تروما

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون LSD در پیگیری

| متغیر             | گروه                   | گروه          | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | معناداری |
|-------------------|------------------------|---------------|---------------|----------------|----------|
| بیش فعالی         | مداخله متمرکز بر تروما | مهارت اجتماعی | ۰/۲۵          | ۰/۴۲۶          | ۰/۶۰     |
|                   | آموزش مهارت اجتماعی    | کنترل         | ۱/۵۵          | ۰/۴۳۲          | ۰/۰۰۱    |
| مشکلات سلوک       | مداخله متمرکز بر تروما | مهارت اجتماعی | ۰/۰۳          | ۰/۳۶۴          | ۰/۹۲     |
|                   | آموزش مهارت اجتماعی    | کنترل         | ۱/۱۶          | ۰/۳۶۸          | ۰/۰۰۴    |
| کل مشکلات         | مداخله متمرکز بر تروما | مهارت اجتماعی | ۱/۰۲          | ۰/۸۸۲          | ۰/۲۵     |
|                   | آموزش مهارت اجتماعی    | کنترل         | ۲/۰۰          | ۰/۸۹۲          | ۰/۰۳     |
| توانایی نوع دوستی | مداخله متمرکز بر تروما | مهارت اجتماعی | -۰/۱۵         | ۱/۰۵۸          | ۰/۰۰۷    |
|                   | آموزش مهارت اجتماعی    | کنترل         | ۰/۶۲          | ۰/۴۴۹          | ۰/۰۱     |
|                   |                        |               |               |                | ۰/۰۱     |

به سطح مهارت و خودشکوفایی برسانند؛ بلکه با بروز رفتارهای ناپخته و سازمان‌نیافته احتمال رفتارهای ضداجتماعی در دوران جوانی را افزایش خواهند داد. اکتساب مهارت‌هایی که بیان افکار و احساسات را امکان‌پذیر می‌سازند، سبب غنای روابط بین فردی با دیگران در موقعیت‌های خانواده، مدرسه و اجتماع خواهد شد. مداخله متمرکز بر تروما، رویکردی است که می‌خواهد فرد را در بافت یا زمینه زیستی، اجتماعی و فرهنگی خود قرار دهد. از طرف دیگر پژوهش‌های بسیاری آموزش مهارت‌های اجتماعی را به عنوان عامل مؤثر و ارتقادهنده توانایی‌ها و همچنین، عامل مؤثر در کاهش مشکلات رفتاری، اختلالات خلق و اضطرابی معرفی کرده‌اند.

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش توانایی و کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان دختر شاهد و ایثارگر شهر اصفهان (۱۶-۱۳ ساله) بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که در زیرمقیاس‌های مشکلات بیش‌فعالی و مشکلات سلوک، اثربخشی مداخله متمرکز بر تروما از آموزش مهارت‌های اجتماعی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون مؤثرتر بوده است. این یافته بیانگر این است که اثربخشی مداخله متمرکز بر تروما برای کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان دختر شاهد و ایثارگر به زمان بیشتری نیاز دارد. در زمینه توانایی نوع‌دوستی، آموزش مهارت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بر مداخله متمرکز بر تروما برتری داشته است. بنابراین، فرضیه پنجم این پژوهش مبنی بر این‌که بین مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنی‌داری در توانایی و مشکلات رفتاری - هیجانی نوجوانان دختر شاهد و ایثارگر تفاوت معنی‌داری وجود دارد، تایید نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

بی‌گمان نوجوانان دارای اختلالات رفتاری، نه تنها نمی‌توانند ظرفیت‌های خود را در بستر جامعه

پیگیری ( $P < 0/008$ ) مؤثر بود. در تبیین این موضوع می‌توان گفت روش‌های مداخله متمرکز بر تروما به فرد کمک نموده است تا با روش‌های به‌کار برده شده مانند: توقف افکار منفی، استفاده از تکنیک‌های ایمن‌سازی در برابر استرس و یا تکنیک زندگی خود را رنگ کنید و خودگویی مثبت، موجب افزایش توانایی نوع‌دوستی نوجوانان شاهد و ایثارگر در مرحله پیگیری شود. پایین بودن این خرده‌مقیاس‌ها در پیش‌آزمون نشان‌دهنده خلق منفی آنان بوده که با کاهش افکار منفی و یا استفاده از خودگویی مثبت به توانمندی بالاتر و کاهش مشکلات بیش‌فعالی و مشکلات سلوک رسیده‌اند.

نتایج این پژوهش در راستای تحقیقات موریس و همکاران (۲۰۰۸)؛ کاری و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) و ولز و آلبانو<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) بود که نشان دادند اجرای برنامه‌های شناختی - رفتاری بر علائم جسمانی نوجوانان و به خصوص در مورد دختران (لیدبتر و همکاران<sup>۵</sup> ۱۹۹۹) مؤثر است. همچنین، با مطالعه بالینی فاوا و همکاران<sup>۶</sup> (۱۹۹۸)، فاوا و همکاران (۲۰۰۴) و فاوا و همکاران (۲۰۰۵) و فاوا (۲۰۰۹) که نشان دادند برنامه شناختی - رفتاری بر کاهش استرس و بهبودی اختلال اضطراب در دراز مدت مؤثر است، همخوانی دارد.

در مورد روش آموزش مهارت‌های اجتماعی، نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش توانمندی و کاهش مشکلات رفتاری فرزندان نوجوان شاهد و ایثارگر مؤثر بود و تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش مشاهده نشد. بخشی

داد که مداخله شناختی - رفتاری متمرکز بر تروما به‌صورت کلی بر کاهش مشکلات نوجوانان شاهد و ایثارگر در مرحله پس‌آزمون ( $P < 0/02$ ) و پیگیری ( $P < 0/001$ ) مؤثر بود.

همچنین، یافته‌های این پژوهش در خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری، نشان داد که مداخله متمرکز بر تروما بر کاهش مشکلات بیش‌فعالی و مشکلات سلوک مؤثر بوده؛ ولی بر کاهش مشکلات هیجانی و مشکلات با همسالان تأثیری نداشته است. یافته‌های این پژوهش تاییدی دیگر بر تحقیقات قره باغی و همکاران (۱۳۸۸)، کاسکلاینین و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) و دیکی و بلومبرگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) بود. در حقیقت، مداخله متمرکز بر تروما در کاهش مشکلات برونی‌سازی مانند بیش‌فعالی و سلوک کارآمدتر از مشکلات درونی‌سازی یا ترکیب نشانه‌های عاطفی و مشکلات با همسالان بود.

از دلایل احتمالی مؤثر نبودن مداخله متمرکز بر تروما بر مشکلات عاطفی و همچنین، مشکلات با همسالان می‌توان به شرایط دشوار زندگی این افراد اشاره نمود. موقعیت پیچیده و دشوار آن‌ها سبب می‌شود تا آنچه در این مداخله ارائه شده، نتواند به‌صورت بروندادهای رفتاری در حوزه ارتباط با همسالان و مشکلات عاطفی، بروز پیدا کند؛ مضافاً این‌که شاید در محور مشکلات با همسالان به این نکته اشاره نمود که مداخله ارائه شده، در زمینه مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی با همسالان نبوده است.

همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله در افزایش توانمندی نوع‌دوستی در مرحله

<sup>3</sup> Curry et al

<sup>4</sup> Wells & Albano

<sup>5</sup> Leadbeater et al

<sup>6</sup> Fava et al

<sup>1</sup> Koskelainen et al

<sup>2</sup> Dickey & Blumberg

از افزایش نمره در محور افزایش توانایی که به نوع دوستی مربوط می‌شود، در آموزش مهارت‌های اجتماعی، توانایی خودابرازی و همکاری با دیگران حاصل شده است که با پژوهش سنیک<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) که نشان داد آموزش مهارت‌های اجتماعی به افزایش شاخص‌های سلامت روان می‌انجامد و پژوهش اشرفی و منجری (۱۳۹۲) که نشان داد آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی به کاهش پرخاشگری و ابعاد خشم و عصبیت، تهاجم و توهین و لجاجت و کینه - تیزی می‌انجامد، همخوانی دارد. این افزایش و پایداری نسبی آن را می‌توان به اکتساب و به کارگیری مهارت‌های اجتماعی پایه و مبنای ارتباط مثبت با دیگر افراد دانست که به نوجوان کمک می‌کند در ورود به گروه همسالان و دوست‌یابی با توجه به مسائل و مشکلاتی که در خانه دارند، موفق باشند، تعاملی مثبت و متقابل با همسالان خود داشته باشند و همین‌طور دامنه‌ای از رفتارهای اجتماع‌پسندانه و با کیفیت‌تری را از خود نشان دهند که این موضوع به کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی این افراد منجر شده است. بنابراین، نوجوان سعی می‌کند با پذیرش مشکلات زندگی خود به دنبال راهکارهای مقابله‌ای سالم‌تر و مناسب‌تر بپردازد. با توجه به این‌که مداخله متمرکز بر تروما نسبت به آموزش مهارت‌های اجتماعی اثربخشی بیشتری داشته است، می‌توان در ماهیت مداخله‌ای متمرکز بر تروما در مقابل آموزش مهارت‌های اجتماعی دانست.

این تحقیق نشان داد که نوجوانان گروه‌های آزمایش این پژوهش توانستند به توانمندی بالاتر در نوع دوستی در مرحله پیگیری و کاهش مشکلات

کرداری و رفتاری بالاتر از پیش‌آزمون دست یابند که می‌تواند راه‌انداز این تغییر، آموزش‌ها و مداخله ارائه شده باشد؛ اما به دنبال آن، این تغییرات بر اساس نظریه گسترش‌دهنده و سازنده فردریکسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) قابل تبیین است؛ به این نحو که با کاهش مشکلات رفتاری، به دنبال مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی، نوجوان به این نکته که می‌تواند روی زندگی خود کنترل داشته باشد و عوامل مربوط به فشارها را کنترل کند، اعتقاد پیدا می‌کند و این مسأله به توانمندی بالاتر نوجوان منجر می‌شود و آسیب‌پذیری نوجوان را در برابر تحریک شدید فیزیولوژیک و پرخاشگری و یاس و افسردگی در رویارویی با فشارهای زندگی کاهش می‌دهد و این چرخه می‌تواند به گسترده‌تری بیشتر شبکه حمایت اجتماعی نوجوان بینجامد که خود به هیجان‌های مثبت بیشتر و کاهش مشکلات رفتاری می‌انجامد. معنی‌دار بودن نتایج در مرحله پیگیری و نه در مرحله پس‌آزمون در محور نوع دوستی، نشان داد این مداخله برای بروز و ظهور و تبدیل شدن به رفتار فردی، به زمان بیشتری نیاز داشته و کاهش مشکلات کرداری و رفتاری این گروه و افزایش توانمندی نوع دوستی نوجوانان نسبت به گروه کنترل در مجموع شرایط مناسب‌تری را برای این گروه از نوجوانان فراهم نمود. این پژوهش بر این نکته تاکید دارد که مداخله بهنگام و آموزش‌های مناسب مهارت‌های اجتماعی موجب افزایش توانایی‌ها و کاهش مشکلات رفتاری و همچنین، جلوگیری از ابتلا به اختلالات رفتاری و ناسازگاری‌های شدید فردی و اجتماعی در نوجوانان در معرض خطر است.

<sup>2</sup> Frederikson

<sup>1</sup> Senik

در نهایت، نتایج این پژوهش، مداخله متمرکز بر تروما را که برای نوجوانان بازمانده از فجایع طراحی شده است، در جهت کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان شاهد و ایثارگر پیشنهاد می‌کند. همچنین، استفاده از آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی بر کاهش مشکلات و افزایش توانمندی‌های نوجوانان پیشنهاد می‌شود. این پژوهش اجرای مداخله بر روی نوجوانان نوجوانان پسر شاهد و ایثارگر را پیشنهاد می‌کند. همچنین، اجرای این تحقیق برای سایر گروه‌های در معرض خطر مانند: نوجوانان بازمانده از زلزله؛ حوادث و سوانح و تجاوز، از پیشنهادهای دیگر این پژوهش است. نتایج ضمنی حاصل از اجرای این پژوهش می‌تواند این باشد که با اجرای مداخلات آموزشی و توانمند ساختن نوجوانان در معرض خطر و به نوعی استفاده از زمینه‌های مثبت، به جای تمرکز بر جنبه‌های آسیب‌زای زندگی می‌توان در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی و افزایش توانمندی‌های این نوجوانان مؤثر بود.

**تشکر و قدردانی**

در پایان، محقق این پژوهش بر خود لازم می‌داند از زحمات و همکاری‌های مسؤولان محترم ستاد شاهد ناحیه ۵ اصفهان؛ به‌ویژه سرکار خانم هادی که در انجام این مطالعه نقش داشتند، صمیمانه قدردانی کند.

**منابع**

اشرفی، م و منجزی، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری. سال سوم، شماره ۱، پیاپی (۴)، ص ۹۸-۸۱.

تهرانی دوست، م؛ شهریور، زا؛ پاکباز، ب؛ رضایی، آ و احمدی، ع. (۱۳۸۵). روایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ). فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. سال هشتم، شماره ۴، ص ۳۹-۳۳.

روشن چسلی، ر و شعیری، م. (۱۳۸۳). بررسی سطوح و انواع تنیدگی و راهبردهای مقابله‌ای در دانشجویان و مقایسه آن‌ها در دانشجویان شاهد و غیرشاهد. دانشور رفتار. سال یازدهم، شماره ۴، ص ۶۰-۴۹.

سادوک، ب و سادوک، و. (۱۳۸۶). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی. ترجمه نصرت الله پورافکاری. تهران: انتشارات آب آینده‌سازان.

قره‌باغی، فاطمه؛ آگیلار - وفایی، م. (۱۳۸۸). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات در نمونه کودکان ایرانی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال پانزدهم، شماره ۳، ص ۲۴۱-۲۳۱.

قهراری، ش؛ مهریار، ا و بیرشک، ب. (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 ۴۱، ص ۹۰-۸۱.

کرامتی، ک؛ بوالهروی، ج و اصغرنژاد فرید، ا. (۱۳۸۵). اثر محرومیت از پدر بر اختلال‌های رفتاری کودکان دبستانی. مجله روانپزشکی و

### تشکر و قدردانی

### منابع

- Children and Adolescents. Department of Psychiatry Allegheny General Hospital Pittsburgh, PA.
- Cook, C. R., Gresham, F. M., Kern, L., Barreras, R. B., Thornton, S., and Crews, S. D. (2008). Social skills training for secondary students with emotional and/or behavioral disorders: A review and analysis of the meta-analytic literature. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, (3), 131-144 .
- Curry, J., Wells, K and March, J. (2005). Development of and rationale Treatment for Adolescents with Depression (TADS) CBT. *Cognitive & Behavioral Practice*. 12, (2), 186-197.
- Dickey, W., and Blumberg, S. (2004). Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States, 2001. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, (9), 1159-1167 .
- Fava, G. A. (2009). The decline of pharmaceutical psychiatry and the increasing role of psychological medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, (4), 220-227 .
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., and Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, (9), 816-820 .
- Fava, G. A., Ruini, C., and Rafanelli, C. (2004). Psychometric theory is an obstacle to the progress of clinical research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, (3), 145-148 .
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., Sirigatti S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, (1), 26-30.
- Frederikson, L. G., Chamberlain, K., and Long, N. (1998). Unacknowledged casualties of the Vietnam War: Experiences of the partners of New Zealand veterans. *Qualitative Health Research*, 6, (1), 49-70 .
- Forness, S. R. (2005). The pursuit of evidence-based practice in special education for children with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 30, (1), 311-330 .
- روانشناسی بالینی ایران. سال دوازدهم، شماره ۴، ص ۳۹۰-۳۹۶.
- مولوی، ح. (۱۳۸۶). راهنمای عملی SPSS-13-14 در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات پویش اندیشه.
- نیسی، ع؛ نجاریان، ب و پورفرجی، ف. (۱۳۸۰). مقایسه عملکرد تحصیلی، سلامت روانی و جسمانی دانش‌آموزان پسر فاقد و واجد پدر با توجه به نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی در پایه اول دبیرستان‌های شهرستان اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*. سال سوم، شماره ۴، ص ۸۶-۶۷.
- وفایی، م و روشن، م. (۱۳۸۵). بررسی رابطه عوامل پیش‌بینی‌کننده خطر و محافظ خانواده با توانمندی‌ها و اختلال‌های عاطفی - رفتاری نوجوانان. *روانشناسی معاصر*. سال یکم، شماره ۲، ص ۱۷-۴.
- Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A and Tennison, D. M. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, (11), 1118-27 .
- Brigman, G. A and Campbell, C. (2003). Helping students improve academic achievement and school success behavior. *Professional School Counseling*, 7, (2), 91-98 .
- Clarke, G. N., DeBar, L. L., and 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* (120-134). New York: Guilford Press .
- Cohen, J. A., Greenberg, T., Padlo, S., Shipley, C., Mannarino, A. P., Deblinger, E and Stubenbort, K. (2001). *Cognitive Behavioral Therapy for Traumatic Bereavement in Children Treatment Manual*. Center for Traumatic Stress in

- Muris P, Vermeer E, and Horselenberg, R. (2008). Cognitive development and the interpretation of anxiety-related physical symptoms in 4. 13-year-old non-clinical children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, (1), 73-86 .
- Powers, S. I., Wers.S T., Hauser, T and Kilner, L. A. (1989). Adolescent mental health. *American psychologist*, 44, (2), 200-208 .
- Selimbasic, Z., Sinanovic, O., Avdibegovic, E. (2012). Emotional and Behavioral problem in Children of War veterans with posttraumatic stress disorder, *European Psychiatry*, 66, (5), 304-8 .
- Senik, C. (2005). Income distribution and well – being: What can we learn from subjective data? *Journal of Economic Surveys*, 19, (1), 43-63 .
- Smith, S. W. and Travis, P. C. (2001). Conducting social competence research considering conceptual frameworks. *Behavioral Disorders*, 26, (4), 360-369 .
- Taylor, S. E., Kmeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, Positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, (1), 99-109 .
- Wells, K.C., and Albano, A.M. (2005). Parent involvement in CBT treatment of adolescent depression: Experiences in the TADS. *Cognitive & Behavioral Practice*, 12, (2), 209-220.
- Goodman, R., Ford, T., Simons, H. (2000).Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*. 177, (5), 34-39.
- Gresham, F. M., Cook, C. R., Crews, S. D., and Kern, L. (2004). Social skills training for children and youth with emotional and behavioral disorders: Validity considerations and future directions. *Behavioral disorders*, 30, (2), 32-46 .
- Horowitz, J. L., Garber, J., Ciesla, J. A., Young, J. F., and Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: A randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, (5), 693-706.
- Kataoka SH1, Stein BD, Jaycox LH, Wong M, Escudero P, Tu W, Zaragoza C, Fink A. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, (3), 311. 318 .
- Koskelainen, M., Sourander, A. and Vauras, M. (2001). Self reported strengths and difficulties in a community sample of finish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, (1), 180-185.
- 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, (12), 2005-2011.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., and Herzog, C. (1999). A multivariate model of gender difference in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35, (5), 1268-1282 .
- Lewinsohn, P. M. and Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. In. E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds) *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.
- Maag, J. W. (2005). Social skills training for youth with emotional and behavioral disorders and learning disabilities: Problems, conclusions, and suggestions. *Exceptionality*, 13, (3), 155-172 .





## **A comparison of the Efficacy of Trauma - Focused Intervention (TFI) and Social Skills Group Training on Strengths and Difficulties in Girls of Veterans and Martyrs Families**

**M. Esmaili**

Assistant Professor of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

### **Abstract:**

The purpose of the present research was to compare the effectiveness of Trauma - Focused Intervention (TFI) and social skills group training on strengths and Difficulties in adolescents of veterans and martyrs families. In order to perform this study, 39 veterans' children were randomly selected from 13-16 years high school children population of Isfahan city through random cluster sampling method and were randomly assigned into two experimental and one control group (each group consisted of 13 adolescents). The design of the study was comparative experimental with control group in pretest, posttest and after 4 months follow up. The interventions consisted of Trauma- Focused Intervention (TFI) and social skills group training. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and demographical information questionnaires were used to gather the data. Data were analyzed using Multivariate analysis of Covariance. The results showed that Trauma- Focused Cognitive behavioral therapy (TF- CBT) and social skills group training had a significant effect on strengths and Difficulties in girls of veterans and martyrs families ( $F=4.29, P\leq 0.001$ ). Trauma - Focused Intervention (TFI) was effectively in the subscale of ADHD ( $M=3.15$ ) and conduct disorder ( $M=3.23$ ). In the follow up stage, social skills group training was more effective ( $M=9.53$ ) to increase strengths than the Trauma- Focused Cognitive behavioral therapy (TF - CBT) in adolescent's girls of veterans and Martyrs ( $F=6.98, P\leq 0.01$ ), ( $M=9.38$ ). This study suggested that Trauma- Focused Intervention (TFI) and Social Skills group training for increase of strengths and decrease of behavioral difficulties.

**Keywords:** Trauma- Focused Intervention (TFI), Social skills group training, Strengths and Difficulties, veterans and Martyrs adolescents.