

اثر بخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر توانایی و مشکلات نوجوانان پسر

(۱۶-۱۳ سال) جانبازان شهر اصفهان

The effectiveness of stress inoculation training on strengths and difficulties in adolescent sons of veterans

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۱۸

Esmaeeli M. PhD, Sabzian S. MSc, Tavakoli M. PhD[✉], Mahdavi S. MD, yaghoobian F. MSc

مریم اسماعیلی^۱، سعیده سبزیان^۲، ماه گل توکلی[✉]، سعیده مهدوی^۳، فاطمه یعقوبیان^۱

Abstract

Introduction: The aim of this study was an investigation of the effectiveness of stress inoculation training on strengths and difficulties in adolescent sons of veterans.

Method: Present study quasi-experimental method with pre-test - post-test and follow-up was performed. The statistical population of all high school adolescent sons of veterans in the 1388-1389 academic school years in Isfahan city that among them 26 subjects were, randomly selected cluster sampling method. Measurement instruments in this study of demographic questionnaire and strengths and difficulties questionnaire (SDQ), (Goodman, 1997). After intervention the post -test was performed and was performed follow up 4 months later. Data were analyzed using descriptive statistical and covariance analysis and software SPSS-20 was analysis.

Results: The results showed that stress inoculation training had a significant effect on reduction of behavioral difficulties in adolescents of veterans in post-test and follow- up ($P \leq 0.05$).

Discussion: based on these findings can be concluded that stress inoculation training decrease difficulties and increase the strength of. Thus, this study suggested use stress inoculation training in order to decrease difficulties and increase strength in student.

Keywords: stress inoculation training, strengths and behavioral difficulties, adolescent sons of veterans

چکیده

مقدمه: هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر توانایی و مشکلات فرزندان پسر نوجوان ۱۳ تا ۱۶ ساله، جانبازان شهر اصفهان بود.

روش: پژوهش حاضر به شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی فرزندان پسر نوجوان جانبازان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ در شهر اصفهان بود که از میان آنان تعداد ۲۶ نفر به روش تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه توانایی ها و مشکلات (SDQ)، (گودمن، ۱۹۹۷) بود. پس از اعمال مداخله، پس آزمون و بعد از ۴ ماه آزمون پیگیری اجرا شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون آماری تحلیل کواریانس و نرم افزار SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر افزایش توانایی و کاهش مشکلات فرزندان پسر نوجوان جانبازان شهر اصفهان در مرحله پس آزمون و در مرحله پیگیری موثر است ($P < 0/05$).

بحث: براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله مبنی بر درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم اضطراب امتحان موثر بوده است. همچنین این پژوهش استفاده از آموزش ایمن سازی در برابر استرس به منظور کاهش مشکلات و افزایش توانمندی های نوجوانان را پیشنهاد می کند.

کلید واژه ها: ایمن سازی در برابر استرس، توانایی و مشکلات،

فرزندان پسر جانبازان

[✉] **Corresponding Author:** Department of psychology Esfahan University, Esfahan, Esfahan Iran

Email: m.tavakoli@edu.ui.ac.ir

[✉] گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۱- گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲- گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

۳- دانشگاه آزاد نجف آباد، گروه پزشکی، اصفهان، ایران

مقدمه

مختلف، بیشتر از سایر عوامل مورد توجه پژوهشگران بوده است (محمد خانی و اسکندری، ۱۳۸۴). گزارش مونیهان نشان می‌دهد که عدم توانایی انجام نقش پدری و آسیب دیدگی کلی پدر، برای نوجوانان به ویژه برای پسران بسیار مخرب است. زیرا مفهوم آن، این است که نوجوانان فاقد منابع مالی، الگوی نقشی، انضباط، ساختار و راهنمایی پدر خواهند بود. علاوه بر این شرایط مذکور به مادر سالاری در خانواده می‌انجامد که این نیز در تربیت فرزندان پسر، موثر است (بیلارزورفتی^۱، ۱۹۹۴). تحقیقات نشان می‌دهد که همچنین متغیر بودن و نوسان داشتن رفتار پدر به خصوص در مجروحان جنگی اعصاب و روان، تزلزل شخصیت نوجوان را به دنبال دارد (جانسون^۲، ۱۹۹۰). بدیهی است که عدم سلامت جسمی یا روانی پدر، خانواده را از وضعیت طبیعی خویش خارج می‌سازد و آسیب پذیری اعضاء به ویژه فرزندان را در برابر بیماری‌های روانی افزایش می‌دهد (افروز، ویسمه^۳، ۲۰۰۱). جانسون و تامسون^۴ (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 نظام سلامت خانواده در کلیه ابعاد به خصوص در نوجوان می‌گردد. آسیب دیدگی و یا در معرض آسیب بودن نوجوانان این خانواده‌ها در تحقیقات بسیاری تایید شده است. اکنون فرزندان این خانواده‌ها درسین نوجوانی و جوانی هستند؛ لذا مداخله به هنگام و آموزش‌های مناسب موجب می‌شود تا راهکارهای عملی افزایش توانمندی‌ها، جلوگیری از ابتلاء به اختلالات رفتاری و ناسازگاری‌های شدید فردی و اجتماعی در این

امروزه جامعه ما، بعد از گذشت سال‌ها از جنگی ناخواسته، در شرایطی قرار دارد که با قشری از فرزندان جانبازان روبرو است که در طیفی از مشکلات رفتاری، تحصیلی و خانوادگی قرار گرفته‌اند. بررسی‌ها در این زمینه حاکی از آن است که نبود یک ارتباط میان فرزندان و والدین، ناشی از آسیب در سلامت جسمی و روانی، آثار منفی گسترده‌ای در پی خواهد داشت (نقل از مکوندی و همکاران، ۱۳۷۵).

بر اساس آمار آخرین جانبازان کشور در سال ۱۳۸۶، تعداد جانبازان ۵۲۶ هزار و ۳۶۶ نفر و تعداد فرزندان آنها ۸۱۲ هزار و ۵۹ نفر است (توانا، ۱۳۸۸). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که در مقایسه با سایر افراد خانواده، فرزندان بیشترین آسیب را از جنگ می‌پذیرند. کودکان و نوجوانان در طی جنگ در مواجهه با حوادثی مانند: مرگ والدین یا بستگان نزدیک، جدایی از والدین، مشاهده صحنه‌های بمباران و حمله‌های هوایی، صدمه‌های فیزیکی، فقر، قحطی و معلولیت قرار می‌گیرند که علاوه بر ایجاد اختلال‌های عصبی و روانی در کوتاه مدت، تاثیر دراز مدتی در فرزند ایجاد می‌نمایند که حتی سال‌ها پس از اتمام جنگ مشاهده می‌گردد و شامل: تغییراتی در رشد فیزیکی، شخصیت و هویت فرزند، افت تحصیلی، نقص در سلامت فیزیکی و ناامیدی در رابطه با آینده است (براجسا^۵، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها در زمینه فرزندان بازمانده از فجایع، نشان می‌دهد که مجموعه‌ای از عوامل، نظیر نقص ژنتیکی و رشد نایافتگی عصبی تا عوامل اجتماعی و خانوادگی در این دسته از نوجوانان بیشتر دیده می‌شود. هر چند هریک از این عوامل در بروز و تداوم اختلال‌ها دخیل هستند، با این حال عوامل خانوادگی بنا به دلایل

آموزشی نیمه سازمان یافته واز نظر بالینی حساس
اطلاق می شود که دارای سه مرحله اساسی است:

۱- مفهوم سازی مشکل: محو اصلی در این مرحله،
ایجاد رابطه حسنه با افراد خانواده و کمک به آنها برای
فهم و درک بهتر ماهیت و طبیعت استرس و تأثیر آن
بر هیجان و عملکرد و مفهوم سازی دوباره آن از
دیدگاه تعاملی است. این که ماهیت مشکل از دیدگاه
آنها چیست. شدت استرس ادراک شده چقدر است.
استرس به چه میزان عمومیت پیدا کرده و طول مدت
و وسعت آن چقدر است. شرایطی که استرس را شدت
می بخشد یا کاهش می دهد، عوامل پیشاینده
اختصاصی آن کدامند. اطلاعات و داده‌هایی هستند که
افراد خانواده را به مفهوم سازی و اتخاذ شیوه های
مطلوب پاسخ به منابع و عناصر استرس زا مجهز
می کنند. افراد خانواده با تعیین و روشن کردن ماهیت
استرس، چگونگی تأثیر ایمن سازی در اداره و کنترل
استرس را یاد می گیرند. مرحله مفهوم سازی شامل
مصاحبه، یادآوری براساس تصویر ذهنی، خودبازنگری
وارزشیابی رفتاری و اجرای آزمون های روانی است.
یادآوری براساس تصویر ذهنی، افراد را یاری می کند
تا به جنبه های جزئی تری از واکنش های استرسی
خود که احتمالاً در شرایطی دیگر آنها را نادیده می
گرفتند یا در ارتباط مستقیم (مثل مصاحبه)
تأکید کمتری به آن ها می شد، توجه نمایند. به این
ترتیب، افراد خانواده می توانند به عنوان بخشی از
فرایند تعامل به بیان افکار، احساسات، تصویر ذهنی و
رفتارهایی که در احساس و درک آنها از استرس سهیم
بوده اند، بپردازند. هدف اساسی از این فعالیت کمک
به افراد خانواده برای درک این موضوع است که آنها
صرفاً قربانی استرس نیستند.

نوجوانان شود (هولون^۶، ۲۰۰۶؛ دوزیس^۷، ۲۰۰۴؛ سیمون
و همکاران^۸، ۲۰۰۵). یکی از مهم ترین مداخلات روان
شناختی موثر برای نوجوانان در معرض خطر، آموزش
ایمن سازی در برابر استرس است. لذا در این تحقیق به
منظور رفع مشکلات و افزایش توانمندی های نوجوانان
پسر جانبازان از روش مداخله ایمن سازی در برابر
استرس ویژه بازماندگان از فجایع استفاده شده
است (کوهن و همکاران^۹، ۲۰۰۱). پشتوانه پژوهشی
محکم، رویکرد ساختارمند، نمود قابلیت خوب آموزشی
بودن تکنیک های شناختی- رفتاری و نگاه همزمان
و چندجانبه آموزش های آن به مؤلفه های شناختی
هیجانی، رفتاری و اجتماعی امتیازاتی است که باعث
شده تا این رویکرد انتخاب اصلی پژوهشگران علوم
پیشگیری و افزایش توانمندی ها باشد. این رویکرد از
اصطلاحات و مفاهیمی استفاده می کند که به نحوی
در چارچوب رفتاری معنا پیدا می کنند و قابل ارزیابی
و سنجش، تلقی می شوند. درمان ایمن سازی در برابر
استرس متمرکز بر تروما به مجموعه ای از مداخلات که
فرد را در برابر تاثیرات منفی استرس محافظت می کند
و به کارگیری مهارت های سازگاری را ترغیب می کند،
مربوط می شود. تکنیک های درمان ایمن سازی در برابر
استرس شامل شناسایی احساسات، سازگاری شناختی،
توقف افکار و ارتقای احساس ایمنی می شود (ایرونسون
و اشنایدرمن، ۲۰۰۷). در جریان آموزش ایمن سازی در
برابر استرس، افراد با ماهیت، سازوکار و پیامدهای
استرس آشنا می شوند و یاد می گیرند که برای
کنار آمدن با انواع استرس های روزمره زندگی و
استرس هایی که یکپارچگی فیزیکی و روانشناختی آنها
را تهدید می کند، شیوه های مناسب و واکنش های
اثر بخش داشته باشند. آموزش ایمن سازی در برابر
استرس الگوی پیشگیرانه و درمانی مرکب از برنامه های

فعالیت: درمانگر از افراد خانواده می خواهد که به پشت صندلی تکیه دهند و چشمانشان را ببندند. یک یا چند وضعیت استرسی اخیر را تصویر کنند و آن را دوباره در ذهن خویش زنده کنند. آنها باید به وضوح تجربه را یادآوری کرده و آن را طوری تصور نمایند که گویی در آن لحظه به سر می برند. اخطار و احساسات پیش از واقعه، هنگام و پس از وقوع آن را در نظر بگیرند تا به شناسایی و مفهوم سازی درست ماهیت استرس منجر شود.

۲- مرحله ایمن سازی، اکتساب و تمرین مهارت ها: مؤلفه های آموزشی و رفتاری ویژه ای برای بالابردن خزانه مهارت های سازشی اعضای شرکت کننده در جلسات خانوادگی بکار می رود. یادگیری راه های جدید کنار آمدن با استرس ها هدف اساسی در این مرحله است. از جمله مهارت های مقابله یا کنار آمدن با استرس ها در زندگی می توان به موارد زیر اشاره کرد:

آموزش آرمیدگی عضلانی-گفتگوی درونی هدایت شده- نقش گذاری- مسئله گشایی- خودپایی یا خودکنترلی- مراقبه - بازسازی شناختی- حساسیت زدایی تدریجی - تفکر خلاق و انتقادی.

۳- مرحله کاربرد و پیگیری مستمر: هدف اساسی در این مرحله از ایمن سازی در برابر استرس کمک به افراد خانواده به منظور تمرین مهارت های سازشی و مقابله ای خویش در جلسات خانوادگی و شرایط واقعی زندگی است. بنابراین آنها، تغییرات شناختی حاصل از دو مرحله قبلی را تمرین می کنند. به طور کلی با توجه به اهمیت مفهوم پیشگیری از بروز مشکلات و کنترل استرس، افزایش احساس خودکفایی و بالا بردن شایستگی افراد و انعطاف پذیری لازم در مواجهه با مشکلات آموزش ایمن سازی در برابر استرس را

ضروری می نماید و مقاومت و عمل افراد را در برابر استرس های زندگی بالا می برد (مایکن باوم به نقل از مبینی، ۱۳۸۵).

در خصوص اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر مشکلات و توانمندی های فرزندان جانبازان، پژوهش های محدودی صورت گرفته و بیشتر پژوهش های صورت گرفته بر روی سایر نوجوانان بوده است. به عنوان مثال دایر^{۱۰} (۲۰۰۰)، در یک مطالعه مدیریت خشم نوجوانان با رویکرد شناختی - رفتاری، بهبود قابل توجهی در تمام اندازه گیری های پیش آزمون در مقایسه با پس آزمون را گزارش کرد. انسبورگو دومینوسکی^{۱۱} (۲۰۰۰) در بررسی اثربخشی درمان های شناختی- رفتاری (آرامش آموزی، آموزش حل مسئله و آموزش خودگردانی) روی نوجوانان افسرده ۱۸ ساله ای که یکی از والدینشان را از دست داده بودند، به این نتیجه رسیدند که درمان های شناختی- رفتاری، هم به صورت انفرادی و هم به صورت گروهی توانایی کاهش افسردگی را دارند. سخودولسکی و همکاران^{۱۲} (۲۰۰۴)، در بررسی ۴۰ گزارش تحقیق، تأثیر درمان شناختی رفتاری را برای حل مشکلات مرتبط با خشم در کودکان و نوجوانان، مثبت ارزیابی کردند. لینچ و همکاران^{۱۳} (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند نشانه های افسردگی در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله در معرض خطر افسردگی (دارای والدین افسرده) که تحت مداخله شناختی- رفتاری مهارت های مقابله ای و مدیریت هیجانات به مدت ۱۵ جلسه یک ساعته قرار گرفته بودند، تا حد قابل توجهی کاهش یافت. همچنین جابر قادری و همکاران (۱۳۸۰) در پژوهشی نشان دادند که آموزش ایمن سازی در برابر استرس در بهبود علائم آسیب دیدگی نوجوانان آزار دیده جنسی که مبتلا به اختلال استرس پس از

مشکلات نوجوانان پسر (۱۶-۱۳ سال) جانبازان شهر اصفهان مورد بررسی قرار گرفت تا مشخص شود آیا آموزش ایمن سازی در برابر استرس باعث افزایش توانایی ها و کاهش مشکلات نوجوانان پسر جانبازان می شود؟

روش

این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه انجام شد. و شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۴ ماهه) بود. متغیر مستقل آموزش ایمن سازی در برابر استرس که مبتنی بر نظریه کوهن و همکاران (۲۰۰۱) بود در قالب ۸ جلسه آموزشی و فقط بر روی گروه آزمایش اعمال شد. جلسات آموزش ایمن سازی در برابر استرس به شرح زیر است:

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.

سانحه شده بودند، موثر بود. نتایج پژوهش قمری (۱۳۸۷) بیانگر اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش اضطراب دانشجویان دختر و پسر بود. یافته‌های فوآ و همکاران^{۱۴} (۱۹۹۹)، رفیع‌نیا (۱۳۷۹) و یثربی (۱۳۸۰) تاثیر قابل ملاحظه مداخله‌های شناختی رفتاری، بر کاهش نشانه‌های PTSD، افسردگی، خشم و اضطراب فراگیر را نشان می‌دهد. شکیبایی و آثاری (۱۳۸۳)، در پژوهشی با عنوان گروه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی- رفتاری در نوجوانان مؤسسه ای نشان دادند که در گروه مورد، گروه درمانی مدیریت خشم به کاهش معنا دار خشم در نوجوانان گروه آزمایش منجر شد. همچنین تقوی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داد که در گروهی که مداخله شناختی- رفتاری را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل علائم بی توجهی، بیش‌فعالی / تکانشگری، کاهش و مهارت خودکنترلی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی افزایش یافت. نتایج پژوهش اکبری پور و همکاران (۲۰۰۹)، نشان داد که آموزش ایمن سازی در برابر استرس اثر معنا داری روی مؤلفه‌های مختلف سلامت عمومی دارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری نمرات پایین تری را در جسمانی‌سازی، اضطراب، بیخوابی، عملکرد بد اجتماعی و افسردگی نشان دادند.

همه این پژوهش‌ها حاکی از موثر بودن درمان شناختی- رفتاری در اختلالات نوجوانان و جوانان است. بنابراین با توجه به پیشینه نظری این مسئله و اهمیت و حساسیت دوره نوجوانی و در معرض مشکل بودن فرزندان جانبازان؛ در این پژوهش اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر توانایی و

سپس تاثیر آموزش بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه آماری در این پژوهش، فرزندان جانبازان 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 نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه پنج به طور تصادفی انتخاب و از فرزندان جانبازان این ناحیه ۲۶ نفر از ۲۶ دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند. لازم به ذکر است که برای اجرای این تحقیق با ستاد شاهد ناحیه پنج هماهنگی شد و اطلاعات لازم از طریق این ستاد در اختیار محقق قرار گرفت. در مجموع از تعداد ۷۲۶ نفر فرزندان شاهد و ایثارگر ۱۳ تا ۱۶ ساله، ۲۶ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. بدین ترتیب که ۱۳ نفر دانش‌آموزان پسر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش در معرض آموزش‌های ایمن‌سازی در برابر استرس قرار گرفتند اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آماری در یک مطالعه مقدماتی محاسبه شد که برای هر گروه ۱۳ نفر کفایت داشت (مولوی، ۱۳۸۶).

ابزار پژوهش در این بررسی پرسشنامه می باشد: 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.

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^{۱۵} مانند تمرکز بر جنبه‌های مثبت، خودگویی مثبت^{۱۶}، 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 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 نا صحیح 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 پس‌آزمون.

جامعه ایرانی اعتباریابی شده است (تهرانی دوست، شهریور، پاکباز، رضایی، احمدی، ۱۳۸۵). نمونه‌ای از سوالات این پرسشنامه به شرح زیر است:

اغلب زود از کوره در می روم و یا نگرانی های زیادی دارم که اغلب نگران به نظر می رسم.

یافته ها

با استفاده از جدول‌های میانگین و انحراف معیار، تحلیل توصیفی و برای تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ آورده شده است.

پرسشنامه توانایی ها و مشکلات^{۱۷}: این پرسشنامه را گودمن^{۱۸} (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 سوال 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 گزینه های « تا حدی درست » «درست نیست» در نظر گرفته شد. نمره کل می تواند بین صفر تا ۴۰ نوسان داشته باشد. این پرسشنامه دارای پنج شاخص، بیش فعالی، مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک و مشکل در ارتباط با هم‌تاهای و رفتارهای پسندیده) است. پرسشنامه یاد شده در

جدول ۱- داده های توصیفی نمرات توانایی ها و مشکلات و زیر مقیاس های آن در مراحل پیش آزمون،

پس آزمون و پیگیری

شاخص ها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		پس آزمون		پیگیری		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
گروه آزمایش	بیش فعالی	۱۳	۴/۰۸	۱/۸۵	۳/۰۸	۱/۱۹	۲/۶۲	۱/۳۹	۳/۷۳	۲/۴۶	۳/۴۸	۱/۶۴
	مشکلات هیجانی	۱۳	۳/۶۲	۲/۹۳	۱/۶۲	۱/۴۵	۱/۵۴	۱/۱۳	۲/۳۰	۰/۷۰۶	۲/۵۷	۰/۳۴۵
	مشکلات سلوک	۱۳	۳/۷۷	۲/۲۸	۲/۶۹	۱/۰۳	۳/۱۵	۱/۱۴	۳/۲۰	۱/۹۹	۴/۱۲	۲/۱۱
	مشکلات با همسالان	۱۳	۲/۷۷	۱/۵۴	۲/۶۹	۱/۲۵	۱/۸۵	۰/۹۹	۳/۰۹	۲/۱۸	۲/۲۵	۱/۲۰
	رفتار نوع دوستی	۱۳	۷/۶۱	۱/۵۰	۷/۲۳	۱/۵۴	۸/۳۸	۱/۸۵	۸/۱۱	۶/۶۱	۹/۳۱	۷/۸۷
گروه کنترل	بیش فعالی	۱۳	۴/۵۴	۱/۹۰	۴/۴۶	۱/۷۶	۴/۴۶	۲/۴۷	۵/۰۷	۳/۸۰	۵/۴۲	۳/۵۹
	مشکلات هیجانی	۱۳	۳/۰۰	۲/۳۵	۳/۳۱	۱/۷۵	۲/۷۷	۲/۲۸	۴/۲۱	۲/۱۶۱	۳/۹۶	۱/۷۳
	مشکلات سلوک	۱۳	۳/۸۵	۱/۸۲	۳/۴۶	۱/۷۱	۴/۰۰	۲/۰۰	۴/۱۵	۲/۹۵	۵/۰۳	۳/۰۳
	مشکلات با همسالان	۱۳	۳/۰۰	۱/۲۲	۳/۰۰	۱/۲۲	۳/۶۲	۱/۳۹	۳/۵۰	۲/۵۹	۴/۲۶	۳/۲۱
	رفتار نوع دوستی	۱۳	۷/۸۵	۱/۴۶	۷/۹۲	۱/۷۵	۸/۰۰	۱/۵۸	۸/۵۳	۷/۰۳	۸/۵۰	۷/۰۶

مشکلات گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در حدود ۴ نمره کاهش را نشان می دهد، اما میانگین نمره کل مشکلات در گروه گواه نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر چندانی نکرده است. نتیجه کلی گویای آن است که روش آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، تاثیر خود را بر روی کاهش مشکلات نوجوانان پسر در چهار ماه بعد از مداخله هنوز حفظ کرده است.

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می شود، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل میزان مشکلات در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد که میانگین نمره کل مشکلات گروه آزمایش از پیش آزمون (۱۳/۹۲) به پس آزمون (۱۰/۴۶) کاهش یافته است، اما در گروه گواه میانگین نمره کل مشکلات تغییر زیادی پیدا نکرده است (۱۴/۳۹ در برابر ۱۴/۲۳). میانگین نمره کل

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری تاثیر عضویت گروهی بر نمرات مشکلات دو گروه

نام آزمون	منبع تغییرات	متغیر وابسته	مقدار	df فرضیه	Df اشتباه	F	سطح معناداری
پس	مشکلات	مشکلات	۰/۵۱۶	۵/۰۰	۱۹/۰۰	۳/۵۷	۰/۰۱
آزمون اثر پیلایی	پیگیری	مشکلات	۰/۵۲۶	۵/۰۰	۱۹/۰۰	۳/۴۳	۰/۰۲

دریافت نکرده اند (گروه کنترل)، با توجه به ۴ متغیر وابسته در مجموع تفاوت معنا داری وجود دارد. برای حصول اطمینان از وجود تفاوت معنا دار، نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری در زیر مقیاس های مشکلات و توانایی های آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل، در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

بر اساس جدول ۲ مشخص می شود که تفاوت بین نمرات مشکلات دو گروه آزمایش و کنترل با توجه به ۴ متغیر وابسته در مجموع معنا دار است. به عبارت دیگر، در مرحله پس آزمون ($P < 0/01$) و پیگیری ($P < 0/02$) بین نوجوانان شاهد و ایثارگر پسر که آموزش ایمن سازی در مقابل استرس را دریافت کرده اند (گروه آزمایش) و نوجوانان شاهد و ایثارگر پسر که آموزش ایمن سازی در مقابل استرس را

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس بررسی اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر توانایی و مشکلات نوجوانان پسر (۱۶-۱۳ سال)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مرحله ارزیابی	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	F	معنا داری	اندازه اثر (r)	توان آماری
پیش	بیش فعالی	پس آزمون	۰/۴۱۱	۱	۰/۴۱۱	۰/۳۸۲	۰/۵۴۴	۰/۰۲۱	۰/۰۹۰
آزمون	مشکلات هیجانی	پس آزمون	۰/۱۰۳	۱	۰/۱۰۳	۰/۰۶۱	۰/۸۰۸	۰/۰۰۳	۰/۰۵۶

— اثر بخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر توانایی و مشکلات نوجوانان پسر جانبازان شهر اصفهان ۷۷

۰/۱۴۵	۰/۰۴۷	۰/۳۵۸	۰/۸۸۹	۰/۸۵۷	۱	۰/۸۵۷	پس آزمون	سلوک	
۰/۰۵۷	۰/۰۰۴	۰/۷۹۶	۰/۰۶۹	۰/۰۳۸	۱	۰/۰۳۸	پس آزمون	مشکلات با همسالان	
۰/۹۳۳	۰/۴۲۷	۰/۰۰۲	۱۳/۳۹	۲۰/۰۱	۱	۲۰/۰۱	پس آزمون	نوع دوستی	
۰/۸۰۲	۰/۳۲۹	۰/۰۰۸	۸/۸۲	۹/۴۹	۱	۹/۴۹	پس آزمون	بیش فعالی	
۰/۸۹۰	۰/۳۸۷	۰/۰۰۳	۱۱/۳۵	۱۹/۳۱	۱	۱۹/۳۱	پس آزمون	مشکلات هیجانی	
۰/۵۶۶	۰/۲۱۹	۰/۰۳۷	۵/۰۴	۴/۸۶	۱	۴/۸۶	پس آزمون	سلوک	عضویت گروهی
۰/۲۲۸	۰/۰۸۳	۰/۳۱۷	۱/۶۳	۰/۹۰۳	۱	۰/۹۰۳	پس آزمون	مشکلات با همسالان	
۰/۱۱۷	۰/۰۳۴	۰/۴۳۸	۰/۶۲۹	۰/۹۴	۱	۰/۹۴۰	پس آزمون	نوع دوستی	

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس بررسی اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر توانایی و مشکلات نوجوانان پسر (۱۶-۱۳ سال) در مرحله پیگیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مرحله ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر (%)	توان آماری
	بیش فعالی	پیگیری	۲/۹۴	۱	۲/۹۴	۱/۳۲	۰/۲۶۵	۰/۰۶۸	۰/۱۹۳
	مشکلات هیجانی	پیگیری	۰/۳۷۹	۱	۰/۳۷۹	۰/۱۱۵	۰/۷۳۸	۰/۰۰۶	۰/۰۶۲
پیش آزمون	سلوک	پیگیری	۵/۴۷	۱	۵/۴۷	۲/۰۵	۰/۱۶۹	۰/۱۰۳	۰/۲۷۴
	مشکلات با همسالان	پیگیری	۰/۰۰۴	۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۶	۰/۹۴۰	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
	نوع دوستی	پیگیری	۸/۲۵	۱	۸/۲۵	۶/۰۱	۰/۰۲۵	۰/۲۵۱	۰/۶۴۱
	بیش فعالی	پیگیری	۲۰/۰۶	۱	۲۰/۰۶	۹/۰۰	۰/۰۰۸	۰/۳۳۴	۰/۸۱۰
	مشکلات هیجانی	پیگیری	۱۰/۱۸	۱	۱۰/۱۸	۱۳/۰۹	۰/۰۹۶	۰/۱۴۷	۰/۳۸۴
عضویت گروهی	سلوک	پیگیری	۴/۴۱	۱	۴/۴۱	۱/۶۵	۰/۲۱۴	۰/۰۸۴	۰/۲۳۰
	مشکلات با همسالان	پیگیری	۲۱/۴۰	۱	۲۱/۴۰	۲۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰	۰/۹۹۹
	نوع دوستی	پیگیری	۳/۴۶	۱	۳/۴۶	۲/۵۲	۰/۱۲۹	۰/۱۲۳	۰/۳۲۵

معنادار است ($P < 0.05$)؛ همچنین با توجه به اندازه اثر مشاهده شده، می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله آموزش ایمن سازی در برابر استرس باعث کاهش ۳۲/۹٪ بیش فعالی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون و بهبود ۳۳/۴٪ این علائم در مرحله پیگیری شده است.

همچنین با کنترل رابطه های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری مشکلات هیجانی

نتایج تحلیل کواریانس مندرج در جدول ۳ و ۴ نشان داد با کنترل رابطه های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری بیش فعالی ($P < 0.05$)، تفاوت میانگین های تعدیل شده بیش فعالی که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به دست می آید دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری

($P < 0/05$)، تفاوت میانگین های تعدیل شده سلامت روانی، که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به دست می آید؛ دوگروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون معنادار است ($P < 0/05$) اما در مرحله پیگیری معنادار نیست ($P \geq 0/05$). همچنین باتوجه به اندازه اثر مشاهده شده، می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله معنویت درمانی باعث بهبود $38/7\%$ مشکلات هیجانی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون و بهبود $14/7\%$ این علائم در مرحله پیگیری شده است.

همچنین با کنترل رابطه های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری اختلال سلوک ($P < 0/05$)، تفاوت میانگین های تعدیل شده اختلال سلوک- که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به دست می آید- دوگروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون معنادار است ($P < 0/05$)؛ اما در مرحله پیگیری معنادار نیست ($P \geq 0/05$). همچنین باتوجه به اندازه اثر مشاهده شده، می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله آموزش ایمن سازی در برابر استرس باعث کاهش $21/09\%$ روابط اجتماعی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون و بهبود $8/4\%$ این علائم در مرحله پیگیری شده است.

همچنین با کنترل رابطه های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری مشکلات با همسالان ($P < 0/05$)، تفاوت میانگین های تعدیل شده مشکلات با همسالان که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به دست می آید، دوگروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون معنادار نیست ($P \geq 0/05$)؛ اما در مرحله پیگیری معنادار است ($P < 0/05$). همچنین

باتوجه به اندازه اثر مشاهده شده، می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله آموزش ایمن سازی در برابر استرس باعث کاهش $8/3\%$ مشکلات با همسالان آزمودنی ها در مرحله پس آزمون و بهبود 62% این علائم در مرحله پیگیری شده است.

با کنترل رابطه های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری نوع دوستی ($P < 0/05$)، تفاوت میانگین های تعدیل شده نوع دوستی - که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به دست می آید- دوگروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نیست ($P \geq 0/05$). همچنین باتوجه به اندازه اثر مشاهده شده، می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله آموزش ایمن سازی در برابر استرس باعث کاهش $3/4\%$ مشکلات با همسالان آزمودنی ها در مرحله پس آزمون و بهبود $12/3\%$ این ویژگی در مرحله پیگیری شده است. همچنین توان های آماری مشاهده شده هم، حاکی از دقت آماری نسبتاً بالا و کفایت حجم نمونه می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله ایمن سازی در برابر استرس بر توانایی و مشکلات رفتاری فرزندان پسر نوجوان جانبازان شهر اصفهان (۱۶-۱۳ ساله) بود. نتایج پژوهش های متعدد نشان می دهد، شیوع اختلالات روانی، افسردگی و اضطراب، مشکلات تحصیلی و مشکلات در روابط بین فردی فرزندان جانبازان در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت معنا داری دارد. این مشکلات در گروه فرزندان پسر شاهد و جانباز بیش از فرزندان دختر گزارش شده است (اسماعیلی، ۱۳۸۹). یکی از دلایل احتمالی آن

نوجوان می‌گردد. بر این اساس مداخله به منظور کاهش مشکلات و افزایش توانایی های آنها ضروری به نظر می‌رسد. کوهن و همکاران به طراحی مداخله ای مخصوص بازماندگان از فجایع پرداختند که در این تحقیق از آن استفاده شد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله ایمن سازی در برابر استرس بر مشکلات رفتاری نوجوانان موثر است. بعد از دریافت مداخله، کاهش مشکلات رفتاری در گروه آزمایش که مداخله بر آنان اجرا شده بود، مشاهده شد. در حالی که در گروه کنترل که هیچ مداخله ای دریافت نکرده بودند، تغییری مشاهده نشد. یافته های این پژوهش با تحقیقات تهرانی دوست، شهرپورو آثاری (۱۳۸۳)، لینچ (۲۰۰۹)، فوآ و همکاران (۱۹۹۹)، یثربی (۱۳۸۰) و رفیع نیا (۱۳۷۹)، تقوی (۱۳۹۰)، سخودولسکی و همکاران (۲۰۰۴)، دایر (۲۰۰۰) همسوست.

در تبیین این یافته می توان بیان کرد که، مداخله ایمن سازی در برابر استرس که براساس رویکرد شناختی رفتاری می باشد بر آموزش کنترل رفتار، مهارت های خود کنترلی و مهارت های توجه و تمرکز تاکید دارد و در نتیجه عمل کردن نوجوانان به این آموزش ها منجر به کاهش مشکلات آنها شده است. با مرور جداول ۲، ۳ و ۴ مشخص شد که در زیر مقیاس های بیش فعالی در پس آزمون و پیگیری به تفاوت معنا داری رسید. در محور اختلال سلوک، در مرحله پیگیری تفاوت معنا دار نشد در تبیین این نتیجه باید گفت که معنا دار نبودن تفاوت در مرحله پیگیری در مقیاس اختلال سلوک شاید به علت مقاوم بودن این اختلال نسبت به درمان است و آزمودنی ها نیز مهارت های آموخته شده را در دراز مدت و پس از تمام شدن جلسات مداخله انجام نداده اند. همچنین مشکلات با همسالان در پس آزمون به سطح معنا

می تواند آسیب دیدگی، از کار افتادگی و یا از دست دادن والد هم جنس باشد. این وضعیت فشار مضاعفی نیز به مادر منتقل می کند که در مجموع شرایط زندگی را برای فرزندان جانبازان دشوار می سازد. از طرف دیگر نوجوان، در دوره نوجوانی با مسائل و مشکلاتی نیز روبروست و مجموع این شرایط، سبب افزایش فشارهای روانی در فرزندان پسر جانبازان می شود.

آسیب دیدگی پدر، برای پسران آثار زیانباری را می تواند به همراه داشته باشد. عدم توانایی پدر در ایفای نقش خود، موجب نظارت ناکافی بر مسائل تحصیلی، مسائل رفتاری و آمد و شد این نوجوانان می شود. از طرف دیگر مسئولیت مضاعف منتقل شده به مادر نیز در این شرایط به دشواری زندگی این نوجوانان می افزاید. از یک سو آسیب دیدگی جسمی و روانی پدر و از دیگر سو، محیط خانوادگی آشفته ناشی از این شرایط، توجه بیشتری را به این گروه از نوجوانان ضروری می سازد. تحقیقات نشان می دهد که همچنین متغیر بودن و نوسان داشتن رفتار پدر به خصوص در مجروحان جنگی اعصاب و روان، تزلزل شخصیت نوجوان را به دنبال دارد (جانسون، ۱۹۹۰). بدیهی است که عدم سلامت جسمی یا روانی پدر، خانواده را از وضعیت طبیعی خویش خارج می سازد و آسیب پذیری اعضا به ویژه فرزندان را در برابر بیماری های روانی افزایش می دهد (افروز، ویسمه، ۲۰۰۱). جانسون و تامسون (۲۰۰۸) دریافته اند که هرچه شدت ناتوانی جسمانی و روانی رزمنده بیشتر باشد، جایجایی نقش ها و مسئولیت ها در میان خانواده نیز شدت می یابد و باعث کشمکش های پیچیده ای می گردد که در نهایت موجب ایجاد استرس های جدید و اختلال در نظام و سلامت خانواده و به خصوص در

فرزندان جانبازان، به ویژه فرزندان نوجوان پسر که بیشتر در معرض آسیب های روانشناختی، خانوادگی و تحصیلی قرار دارند. این پژوهش استفاده از مداخله کوهن و همکاران (۲۰۰۱)، که برای بازماندگان از فجایع طراحی شده است را برای کلیه فرزندان جانبازان پیشنهاد می کند.

تشکر و قدر دانی

از کلیه پرسنل آموزش و پرورش ناحیه ۵ و به طور خاص ستاد شاهد این ناحیه و سرکار خانم فریبا هادی معلم راهنمای ارشد مدارس شاهد و ایثارگر که در اجرای این تحقیق همکاری شایسته ای داشتند، تشکر و قدردانی می نمایم.

پی نوشت ها

- 1- Brajsa
- 2- Bibarz & Raftery
- 3- Johnson
- 4- Afroz & Vismeh
- 5- Johnson & Thompson
- 6- Hollon
- 7- Dozois
- 8- Simon & et al
- 9- Cohen & et al
- 10- Dyer
- 11- Ansburg & Dominowski
- 12- Sukhodolsky & et al
- 13- Lynch & et al
- 14- Foa & et al
- 15- cognitive coping
- 16- positive self talk
- 17- Strengths and difficulties questionnaire (SDQ)
- 18- Goodman

منابع

- ۱- آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل؛ اشنایدرمن، نیل (۲۰۰۷). مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری. ترجمه حمیدنشاط دوست و همکاران (۱۳۸۸). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
- ۲- توانا (۱۳۸۸)، گروه اجتماعی اخبار شاهد و ایثارگر.

داری نرسید اما در مرحله پیگیری در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنا داری مشاهده شد. توانایی نوع دوستی نیز هم در مرحله پس آزمون و هم پیگیری معنادار نشد. در تبیین این معنادار نشدن ها شاید بتوان گفت که مهارت های ارتباطی با همسالان و همچنین نوع دوستی که به دنبال آن کاهش مشکلات رفتاری نیز مطرح می شود، از جمله مسائلی است که احتیاج به زمان بیشتر و تمرین و تکرار تکنیک های مطرح شده در مداخله دارد. بدیهی است کاربرد تکنیک های ایمن سازی در برابر استرس توانسته است بر کاهش مشکلات بین فردی موثر واقع شود. از محدودیت های این پژوهش ارائه یک روش آموزشی برای کاهش مشکلات و توانایی های فرزندان جانبازان بود و امکان مقایسه نتایج دو یا چند روش درمانی به منظور مشخص نمودن بهترین روش وجود نداشت. همچنین این پژوهش فقط بر روی فرزندان ۱۶-۱۳ ساله جانبازان انجام شد و بر روی فرزندان آنها در سایر دوره های سنی انجام نشد تا امکان مقایسه نتایج بین آنها و مشخص نمودن مناسب ترین سن برای چنین آموزش هایی فراهم شود.

بنابراین پیشنهاد می شود که علاوه بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس سایر روش ها برای کاهش مشکلات و افزایش توانایی های نوجوانان این خانواده ها نیز آموزش داده شود تا امکان مشخص نمودن مناسب ترین شیوه برای کاهش مشکلات و افزایش توانایی ها برای این افراد فراهم شود. همچنین این مداخله بر روی فرزندان خانواده های جانبازان در سنین مختلف انجام شود تا امکان مشخص نمودن بهترین دوره سنی برای کاهش مشکلات این افراد و افزایش توانمندی های آنها فراهم شود و در آخر، نتایج این پژوهش بار دیگر تأکیدی است بر توجه روز افزون بر

15- Carr, A. (1999). The handbook of child and adolescent clinical psychology. London:Routledge.

16- 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.

17- Dozois DJA, Dobson KS. (2004). The prevention of depression and anxiety: Theory, research and practice. Washington DC: American Psychological Association.

18- Dyer, I. (2000). Cognitive behavioural group anger management for out-patients: A retrospective study. *International Journal of Psychiatr Nursing Research*, 5, 602-621.

19- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., & Street, G. P.(1999). The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault.

20- Hollon SD. Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In: Joiner JS, Brown J, editors. The interpersonal, cognitive and social nature of depression. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2006.

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

22- Johnson, H. , and 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*.

23- Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. (2004), Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *J Aggress Violent Behav*; 9(3): 247-269.

24- Lynch F, Hornbrook M, Clarke NG, Perrin N, Polen MR, Conner E, et al. Cost-(2009). effectiveness of an intervention to prevent depression in at risk teens. *Arch Gen Psychiatry.*;9(63):1241-9.

25- Perkins. T, and James, K (1978). An empirical comparison of natural father and step father family systems family process. 18:175-183.

26- Simon G, Ormel J, Vonkorff M, Barlow W. (2005). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry.*;7(152):352-7.

۳- تهرانی دوست، مهدی؛ شهریور، زهرا؛ پاکباز، بهاره؛ رضایی، آریتا؛ احمدی، عاطفه (۱۳۸۵). روایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی ها و مشکلات (SDQ)، فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۸، (۴)، ۳۳-۳۹.

۴- تقوی، زهره (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم و افزایش خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، اولین همایش یافته های علوم شناختی در تعلیم و تربیت.

۵- رفیعنیا، حسین (۱۳۷۹) بررسی تاثیر مشاوره فردی با رویکرد شناختی رفتاری بر درمان بیماران مبتلابه PTSD ناشی از جنگ. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

۶- قمری، محمد (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش تلقیح استرس (SIT) در کاهش اضطراب دانشجویان، تازه ها و پژوهش های مشاوره، ۷(۲۶): ۱۱۶-۱۰۷.

۷- مکوندی، بهنام، نجاریان، بهمن، شکرکن، حسین (۱۳۷۵) مقایسه سازگاری دانش آموزان شاهد پسر با دانش آموزان واجد و فاقد پدر در مدارس ابتدایی شهر اهواز، پژوهش های روانشناختی، ۴(۱): ۲۴-۳۷.

۸- مایکن بام، دونالد (۱۳۸۵). آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، ترجمه سیروس مبینی. تهران: انتشارات رشد.

۹- مولوی، حسین (۱۳۸۶). راهنمای عملی-SPSS-13 در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات پویش اندیشه.

۱۰- یثربی، کامران (۱۳۸۰)، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر اختلال استرس پس از سانحه. پایان نامه. کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران.

11- Afroz A, Vismeh A, (2001). [The relationship between depression of male children of war handicapped and relationship them with their fathers], *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 31(2), 57.

12- Akbaripour, S., Neshatdoust, H. T., & Moulavi, H. (2009). The effectiveness of stress inoculation group training on general health. *Journal of Psychology*, 12(48), 354-368.

13- Ansburg, P. I. & Dominowski, R. L. (2000). Implementation and outcome of training problem-solving for adolescents with depression. *Journal of Adolescence*, 58, 678-690.

14- Bibarz, T. Raftery, A. D (1994) Family structure, Educational attainment, and socioeconomic success: Rethinking the pathology of patriarchy. *AJS volume 105 number 2*, 321-65.

- 27- Brajsa-Zganec A. (2005). The long-term effects of war experiences on children's depression in the Republic of Croatia. *Child Abuse Negl*; 29 (1): 31-43.
- 28- Jaber ghaderi, Nasrin. Oliaee zand, Shahin, Dolat abadi, Shiva. . (2001). A comparative study of Eye movement Desensitization and Reprocessing and Stress Inoculation Training in treatment of sexually abused children. *Journal of Advances in Cognitive Science*. 3,4,2,16-22.

