

The Effect of Cognitive-Behavioral Interventions on Emotional-Behavioral Problems in Bereaved Adolescent Girls

Tahereh Golkari. M.A.

Psychology, University of Isfahan

Mehrdad Kalantari. Ph.D.

Academic member, University of Isfahan

Ahmad Abedi. Ph.D.

Academic member, University of Isfahan

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of cognitive-behavioral intervention on emotional-behavioral problems in bereaved adolescent girls. Being a quasi-experimental study, the research employed a pretest, posttest and follow-up (one month) design. The statistical population included bereaved high school adolescent girls in Shahin Shahr city in 2011. Of them, 30 students were selected via access sampling method, and were then randomly assigned into experimental and control groups. The measurement instrument was Goodman Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997). Experimental group received 8 sessions of cognitive-behavioral intervention (each a 90-minute session). The results of analysis of covariance (with SPSS15) showed that cognitive-behavioral intervention had significantly reduced emotional-behavioral problems in bereaved adolescent girls both in post test and follow-up ($P \leq 0.05$). Results also showed a significant difference between groups in all subscales including emotional problems, conduct problems, hyperactivity and peer problem in post test and follow-up ($P \leq 0.05$).

Keywords: cognitive-behavioral interventions, emotional-behavioral problems, bereaved adolescent girls.

تأثیر مداخله‌های شناختی - رفتاری بر مشکلات عاطفی - رفتاری دختران نوجوان محروم از پدر

طاهره گل‌کاری*

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان

مهرداد کلانتری

عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

احمد عابدی

عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مداخله‌های شناختی - رفتاری بر مشکلات عاطفی - رفتاری دختران نوجوان محروم از پدر اجرا شد. این پژوهش که از نوع نیمه‌تجربی است از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۱ ماهه) بهره گرفت. جامعه آماری شامل دختران نوجوان دبیرستانی محروم از پدر شهرستان شاهین‌شهر در سال ۹۰ بودند. از میان آنها، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار سنجش، پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (گودمن، ۱۹۹۷) بود. در گروه آزمایش ۸ جلسه مداخلات شناختی - رفتاری (هر جلسه ۹۰ دقیقه) اجرا شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS15 تحلیل شدند. نتایج نشان داد که مداخلات شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات عاطفی - رفتاری در دختران نوجوان محروم از پدر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده است ($P \leq 0/05$). همچنین این نتیجه در مورد همه زیرمقیاس‌های مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، بیش‌فعالی و مشکل با هم‌تاها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری صادق بود ($P \leq 0/05$).

واژه‌های کلیدی: مداخله‌های شناختی - رفتاری، مشکلات عاطفی - رفتاری، دختران نوجوان محروم از پدر.

* نویسنده مسئول: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک: taherehgolkari@yahoo.Com

پذیرش ۹۳/۱۰/۱۰

وصول ۹۱/۲/۲۲

مقدمه

می‌دهد. بسیاری از پژوهشگران بیان کرده‌اند که مرگ والدین به‌عنوان مجموعه‌ای از تنش‌ها با کاهش منابع اقتصادی، تغییر محل سکونت، کاهش ارتباط با دوستان و همسایه‌ها، افزایش مسؤولیت‌ها و کاهش مدت‌زمانی که کودک یا نوجوان با والد سپری می‌کند، در ارتباط است (ولکیک، ما، تین، سندلر و آیرز^۱، ۲۰۰۸). در نتیجه، سوگ و داغدیدگی ممکن است باعث مشکلات روان‌شناختی و رفتاری مانند؛ افسردگی، اختلال سلوک و غیره در کودکان و نوجوانان شود (تامپسون، کاسلو، کینگری، کینگ، بری‌آنت و ری^۲، ۱۹۹۸؛ برور و اسپارکز، ۲۰۱۲).

در اینکه کدام یک از والدین نقش مهمتری در رشد اجتماعی فرزند دارند، اختلاف نظر وجود دارد، ولی بیشتر پژوهشگران توافق دارند که هر دو والد و ایفای نقش صحیح آنها برای رشد اجتماعی و شخصیتی مطلوب فرزندان، لازم است. پدر در پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری، اجتماعی و آسیب‌های روانی نقش ویژه‌ای دارد. فرزندان از والدین همانندسازی و الگوگیری می‌کنند و در این میان اقتدار پدر در بسامان رساندن اوضاع خانواده نقش مؤثری دارد. اقتدار پدر در خانواده ممکن است به دلایلی آسیب ببیند. در خانواده‌ای که پدر حضور ندارد، فرزندان تصویر درستی از نقش پدر ندارند تا خود را با آن همانند سازند (اسماعیلی، ۱۳۸۹). حضور پدری سالم و مقتدر در کنار فرزندان، به افزایش سازگاری و کاهش پرخاشگری در آنها کمک می‌کند و همچنین در جهت‌گیری جنسی مناسب دختران و پسران نقش مهمی ایفا می‌کند (بی‌دیو^۳، ۱۹۸۸؛ دینز، منگلسدروف، مک‌هیل، فروش^۴، ۲۰۰۲). اغلب پژوهشگران و روان‌شناسان در ارتباط با نقش پدر در خانواده و تأثیر مثبت آن در پیشرفت تحصیلی، رشد شناختی، رشد اخلاقی یا شکل‌گیری وجدان و تحول مناسب نقش جنسی و تأثیر منفی حضور نداشتن پدر در خانواده بر متغیرهای گفته شده اتفاق نظر دارند (آدامز، میلنر و شرف^۵، ۱۹۸۵؛ بوهلین، هگکول، ری‌دیل^۶، ۲۰۰۰).

وقتی با مرگ پدر، خانواده از مدیریت وی محروم می‌شود، در فرزندان تغییرات روان‌شناختی ایجاد می‌شود که تحمل آن

داغدیدگی بخش اجتناب‌ناپذیری از چرخه زندگی است. اصطلاح داغدیدگی^۱ به این معناست که فرد به‌دنبال از دست دادن شخصی که او را دوست داشته، در حالت سوگ^۲ یا سوگواری^۳ است (کر^۴، ۲۰۰۳؛ وب^۵، ۲۰۰۵؛ گالاتزر-لوی و بونانو^۶، ۲۰۱۲). اصطلاح سوگ به احساس‌های ذهنی که با مرگ عزیزان پدید آمده است، گفته می‌شود. این اصطلاح با سوگواری به‌صورت مترادف به‌کار می‌رود، با وجود این سوگواری به فرایند انحلال سوگ اطلاق می‌گردد و در واقع ابزار اجتماعی رفتار و اعمال پس از داغدیدگی است (وردن^۷، ۱۹۹۶؛ بونانو، وستفال و مانسینی^۸، ۲۰۱۱). بالبی^۹ (۱۹۸۰) معتقد است که علاوه بر مرگ، فقدان‌های بی‌شمار دیگر نیز می‌توانند موجب سوگ شوند. کودکان فقدان‌های گوناگونی را در زندگی تجربه می‌کنند، آنها ممکن است پدر، مادر، خواهر یا برادرشان را با مرگ از دست بدهند یا ممکن است تماس روزانه با یک یا چند نفر که دوستشان دارند را با طلاق یا به واسطه فرزندخواندگی از دست بدهند. علاوه بر این کودکان وقتی یکی از دوستانشان مریض شود یا بمیرد یا وقتی خودشان یا فرد دیگری که از آنها مراقبت می‌کند به جایی دور نقل مکان کند، فقدان را تجربه می‌کنند. همه اینها ممکن است شروع‌کننده سوگ در کودکان باشند، اما در این میان به نظر می‌رسد، مرگ والدین، بحران‌زاترین و دردناک‌ترین آنها باشد (دیرگرو^{۱۰}، ۲۰۰۸). مرگ والدین تأثیر کوتاه‌مدت و بلندمدتی در سازگاری روان‌شناختی فرزندان دارد؛ اگرچه اغلب کودکان و نوجوانانی که مرگ والدین را تجربه می‌کنند در یک سال اول سازگاری پیدا می‌کنند (وردن و سیلورمن^{۱۱}، ۱۹۹۶)، اما بسیاری از آنها نشانه‌های افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و مشکلات تحصیلی طولانی را بعد از مرگ تجربه می‌کنند (سرل، فرستید، وردوسی و والر^{۱۲}، ۲۰۰۶؛ برور و اسپارکز^{۱۳}، ۲۰۱۲). از دست دادن والدین یکی از بزرگترین ضربه‌هایی است که به کودکان و نوجوانان وارد می‌شود؛ زیرا فقدان واقعی والد به تغییرات بسیاری منجر می‌شود که ابعاد زندگی کودک را تحت تأثیر قرار

1. bereavement

3. mourning

5. Webb

7. Worden

9. Bowlby

11. Worden & Silverman

13. Brewer & Sparkes

15. Thompson, Kaslow, Kingree, King, Bryant & Rey

17. Diener, Mangelsdorf, Mchale & Frosch

19. Bohlin, Hagekull & Rydell

2. grief

4. Corr

6. Galatzer- Levy & Bonanno

8. Westphal & Mancini

10. Dyregrov

12. Cerel, Fristad, Verducci & Weller

14. Wolchik, Ma, Tein, Sandler & Ayers

16. Baydew

18. Adams, Milner & Schrepf

همراه آن از مدل شناختی نیز استفاده شود. براساس رویکرد شناختی - رفتاری توجه به باورها، نگرش‌ها و عقاید نوجوانان بسیار مفید است. صاحب‌نظران این حوزه اعتقاد دارند که مهم نیست چه روی داده، مهم این است که آنچه روی داده چگونه تعبیر و تفسیر می‌شود. باید به تحریف‌های شناختی^{۱۱} در نوجوانان توجه شود. مثلاً برخی از آنها گرایش به فاجعه‌سازی دارند، یعنی وقایع را بیش از حد بزرگنمایی می‌کنند. باید به باورهای هسته‌ای آنها نزدیک شد و با آنها ارتباط صمیمانه برقرار کرد و به آنها یاد داد که افکار و احساسات خود را ثبت کنند و سپس باورهای بنیادی و اصلی^{۱۲} را به آنها نشان داد و رابطه آنها را با مشکلات فعلی برای آنان روشن کرد و سپس به آنها کمک کرد تا به تدریج باورهای ناکارآمد را حذف و باورهای کارآمد را جایگزین نمایند (سرل، فرستید، وردوسی و والر، ۲۰۰۶). استفاده از روش‌های شناختی - رفتاری در درمان مشکلات رفتاری بسیار موفقیت‌آمیز بوده است، در این راستا مطالعه کاری، ولز و مارچ^{۱۳} (۲۰۰۵) و ولز و آلبانو^{۱۴} (۲۰۰۵) با استفاده از روش‌های شناختی - رفتاری بر اختلال‌های هیجانی نوجوانان نمونه‌هایی از اثربخش بودن این روش‌ها بر روی نوجوانان است. استیک، رود، سلی و گو^{۱۵} (۲۰۰۸) و روسلو، برنال و مدینا^{۱۶} (۲۰۰۸) نیز پژوهش‌هایی در رابطه با مؤثر بودن مداخلات شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و مشکلات هیجانی نوجوانان مطرح کرده‌اند. کوتایبا^{۱۷} (۲۰۱۰)، اهمیت مداخلات گروهی شناختی-رفتاری را بر کاهش مشکلات سلوک، بیش‌فعالی و پرخاشگری نوجوانان به تفصیل بیان کرده است. همچنین برنر، فی و ترنر^{۱۸} (۲۰۰۱) در پژوهشی، با استفاده از مداخلات شناختی - رفتاری به همراه آموزش مهارت‌های اجتماعی چند مؤلفه‌ای برای دختران نوجوان نشان دادند که گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، زمان کمتری را در تنهایی می‌گذراندند، بیشتر وقت‌ها گفت‌وگو را شروع می‌کردند و با دیگران تعامل داشتند. از این‌رو هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری بر مشکلات عاطفی - رفتاری دختران نوجوان محروم از پدر است. بدین منظور فرضیه‌های زیر تدوین شده است:

برای بسیاری از کودکان دشوار است و موجب به هم خوردن تعادل روانی آنان می‌شود. مرگ پدر ممکن است در کودکان استرس، اضطراب و ناامنی ایجاد کند و آنان را به سمتی سوق دهد که به نابسامانی روانی کشیده شوند و رابطه آنها با محیط اطراف گسسته شود (هولت^۱، ۱۹۹۲؛ اسسلزا^۲، ۲۰۱۰؛ سر و ماس^۳، ۲۰۰۸).

پژوهش‌ها در ایران و دیگر کشورها نشان می‌دهد که نوجوانان محروم از پدر بیش از نوجوانان دارای پدر مستعد بروز انواع مشکلات عاطفی - رفتاری از جمله مشکلات اضطرابی، افسردگی، مشکلات بدنی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ضعف در عملکرد تحصیلی هستند. (پوراحمدی، جلالی و عابدین، ۱۳۸۸). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که فرزندان خانواده‌های تحت سرپرستی مادر از نظر سازگاری روان‌شناختی^۴ و رشد نقش‌یابی جنسیتی^۵ و میزان عزت‌نفس و پیشرفت تحصیلی نسبت به فرزندان خانواده‌های عادی ضعیف‌ترند و به این نتیجه رسیده‌اند که حضور نداشتن پدر در خانواده یک عامل منفی در زندگی فرزندان است (گلمبوک^۶، ۲۰۰۴؛ الیزور و کافمن^۷، ۲۰۰۹؛ وات‌کینز^۸، ۲۰۱۰؛ چوی و جکسون^۹، ۲۰۱۱؛ وینکینگ، جرون و کاپلان^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ برور و اسپارکز، ۲۰۱۲).

امروزه مسأله سوگ و داغیدگی مورد توجه پژوهشگران در دانشگاه‌های معتبر جهان قرار گرفته است. از دلایل توجه پژوهشگران به این مسأله این است که غالباً سوگ به شکل علت زیربنایی انواع اختلالات روانی متجلی می‌شود. بالبی در تأیید این پدیده می‌گوید: تجربه بالینی و مطالعه شواهد درباره این باور مهم تقریباً شکی به جای نمی‌گذارد که بسیاری از بیماری‌های روانپزشکی تجلی ماتم‌زدگی نابهنجار است (بالبی، ۱۹۹۸). گستره متنوعی از رویکردهای درمانی برای بهبود علائم مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان و نوجوانان داغیده شکل گرفته است که به‌طور کلی می‌توان به رویکرد رفتاری، شناختی، تحولی و زیستی اشاره کرد. در مورد کودکان پیش‌دبستانی و اوایل دبستان رویکرد رفتاری مؤثرترین رویکرد برای کار با کودکان داغیده است. وقتی کودکان بزرگتر می‌شوند، مدل رفتاری به تنهایی کافی نیست، بلکه باید به

1. Hewlett
3. Sear & Mace
5. sex- role development
7. Elizur & Kaffman
9. Choi & Jackson
11. cognition distortion
13. Curry, Wells & March
15. Stic, Rohde, Seeley & Gue
17. Qutaiba

2. Scelze
4. psychological adjustment
6. Golombok
8. Watkins
10. Winking, Gerven & Kaplan
12. core beliefs
14. Wells & Albano
16. Rossell, Bernal & Medina
18. Berner, Feev & Terner

ابزار سنجش

پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات^۱

پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات که گودمن (۱۹۹۷) طراحی کرد، یک ابزار غربالگری با ۲۵ گویه است و دامنه سنی ۳ تا ۱۶ سال را در برمی‌گیرد. این پرسشنامه سه درجه‌ای و شامل گزینه‌های «درست نیست»، «کمی درست است» و «حتماً درست است» می‌شود که به ترتیب صفر، یک و دو نمره‌گذاری می‌شود. البته برخی از گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه در برگزیده چهار خرده‌مقیاس بالینی به شرح زیر است، مقیاس نشانه‌های هیجانی^۲، مشکلات سلوک^۳، بیش‌فعالی^۴، مشکل با هم‌تاهای^۵. برای هر مقیاس ۵ گویه در نظر گرفته شده است که مجموع نمرات این ۲۰ گویه، نمره کل مشکلات کودک را نشان می‌دهد. این پرسشنامه یک خرده‌مقیاس دیگر به نام جامعه‌پسندی^۶، نیز دارد که رفتارهای مثبت اجتماعی کودک را اندازه‌گیری می‌کند، این خرده‌مقیاس نیز ۵ گویه دارد. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات دارای سه فرم والدین، معلم و خودگزارشی است. نمرات آزمودنی‌ها، علاوه بر اینکه در هر مقیاس به‌طور جداگانه محاسبه می‌شود، برای هر فرد یک نمره کلی نیز به دست می‌دهد که وضعیت او را در مقایسه با افراد بهنجار مرزی، نابهنجار نشان می‌دهد. گودمن، میانگین آلفای کرونباخ را برای آن ۰/۷۳ و ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۶۲ گزارش داده است (تهرانی‌دوست و همکاران، ۱۳۸۷؛ به نقل از مجدی، ۱۳۸۹). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ با اجرای این پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر از دختران نوجوان محروم از پدر، برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، بیش‌فعالی و مشکل با هم‌تاهای به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۷۱ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه به این شرح است: من سعی می‌کنم با دیگران خوب باشم. من احساسات دیگران را درک می‌کنم.

روش اجرا و تحلیل

در اولین مرحله اجرای پژوهش، اعضای گروه آزمایش و گواه قبل از شروع جلسات (مداخلات گروهی شناختی - رفتاری) به سؤال‌های پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات گودمن پاسخ دادند. سپس اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه درمان ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) شرکت کردند. یک هفته بعد از آخرین جلسه درمان و یک ماه پس از آن، از دو گروه پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد.

- ۱- مداخلات شناختی - رفتاری نمره کلی مشکلات عاطفی - رفتاری دختران نوجوان محروم از پدر را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.
- ۲- مداخلات شناختی - رفتاری مشکلات هیجانی دختران نوجوان محروم از پدر را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.
- ۳- مداخلات شناختی - رفتاری مشکلات سلوک دختران نوجوان محروم از پدر را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.
- ۴- مداخلات شناختی - رفتاری بیش‌فعالی دختران نوجوان محروم از پدر را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.
- ۵- مداخلات شناختی - رفتاری مشکل با هم‌تاهای دختران نوجوان محروم از پدر را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.

روش، جامعه آماری و نمونه

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود که در آن مداخلات شناختی - رفتاری به‌عنوان متغیر مستقل و مشکلات عاطفی - رفتاری (مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، بیش‌فعالی و مشکل با هم‌تاهای) به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش دختران نوجوان محروم از پدر مقطع متوسطه شهرستان شاهین‌شهر در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ به تعداد ۱۸۸ نفر بودند. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس بود. به این صورت که از بین همه مدارس دخترانه مقطع متوسطه شهرستان شاهین‌شهر، دو مدرسه که براساس گزارش اداره کل آموزش و پرورش دارای بیشترین دختران محروم از پدر بودند، انتخاب گردید. سپس از طریق مصاحبه فردی و بررسی ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود را احراز کردند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: ۱- جنسیت زن ۲- دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال ۳- گذشت حداقل دو سال از فوت پدر و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- عقب‌ماندگی ذهنی ۲- سابقه بستری در بخش روانپزشکی و مصرف داروهای روانپزشکی. میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش، ۱۷/۴ (۱/۳۸) و گروه گواه ۱۷/۲ (۱/۰۲) بود.

1. Strenght and Difficulties Questionnaire
3. conduct problems scale
5. peer problems

2. emotional symptoms scale
4. hyperactivity scale
6. prosocial scale

با توجه به نتایج پژوهش‌های سرل، فرستید، وردوسی و والر (۲۰۰۶)، برور و اسپارکز (۲۰۱۲) و تامپسون، کاسلو، کینگری، بری‌آنت و ری (۱۹۹۸)، سوگ و داغدیدی ممکن است باعث مشکلات روان‌شناختی، عاطفی و رفتاری از جمله افسردگی در کودکان و نوجوانان شود و رویکرد شناختی - رفتاری، مؤثرترین رویکرد برای کار با نوجوانان داغدیده است (سرل، فرستید، وردوسی و والر، ۲۰۰۶). بنابراین در این پژوهش، از نسخه بسط یافته از طرح درمان شناختی - رفتاری مور و گارلند^۱ (۲۰۰۳) که برای اختلالات افسردگی و خلقی تدوین شده، استفاده گردید. خلاصه جلسات مداخلات گروهی شناختی - رفتاری بدین شرح است:

جلسه اول، خوشامدگویی به اعضا و معرفی رهبر گروه به اعضا و اعضا به یکدیگر، بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، ارائه منطق درمان با مثال‌های عینی و تبیین آن با نمودارهای مناسب، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار با توجه به مدل A-B-C و بیان این نکته که هدف از درمان شناختی - رفتاری، تغییر شناختی در اعضا است. یعنی تغییر در تفکر و نظام باورهای آنها، به این ترتیب که تغییر شناختی به تغییر پایدار در هیجان و رفتار آنها منجر می‌شود.

جلسه دوم، مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل با همکاری اعضا و ارائه بازخورد و سپس صورت‌بندی مشکلات کلی اعضا در قالب مدل شناختی و ترسیم مدل چرخه معیوب برای مشکلات خاص و عمده اعضای گروه، معرفی و شناسایی افکار ناکارآمد، ماهیت آنها و نقش آنها در چرخه معیوب خلق، رفتار و علایم فیزیولوژیک و بیان چگونگی شناسایی افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد^۲. در این شرایط هر یک از اعضای گروه در مورد افکار منفی خود و تأثیر آن بر روی خلق و رفتار خود صحبت و بحث می‌کردند.

جلسه سوم، مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل با همکاری اعضا و ارائه بازخورد. در این جلسه تلاش شد که اعضا افکار خودآیند منفی را مورد چالش قرار دهند و رهبر گروه به اعضا آموزش داد که چگونه افکار منفی خود را شناسایی و ارزیابی کنند و به آنها پاسخ دهند. رهبر گروه با استفاده از روش پرسشگری سقراطی و به شکل گام به گام و به تدریج از طریق بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده افکار، اعتبار آنها را بررسی کرد. همچنین در این جلسه باورهای زیربنایی معرفی شد و این نکته بیان شد که باورهای زیربنایی به دو دسته باورهای میانجی (قواعد، نگرش‌ها و فرض‌ها) و باورهای بنیادی (ایده‌های مطلق، بسیار کلی و فراگیر درباره خویشتن و یا دیگران) تقسیم می‌شوند. اگرچه در این

جلسه به‌طور مستقیم باورهای زیربنایی آماج نیستند، ولی به‌طور کلی رابطه افکار خودآیند منفی و باورهای زیربنایی با استفاده از نمودار نشان داده شد و تحریف شناختی نظیر تعمیم بیش از حد، تفکر قطبی شده، انتزاع انتخابی، استنباط دل‌خواهی و فاجعه‌سازی که باعث تقویت افکار خودآیند منفی می‌شوند، معرفی و مورد بحث قرار گرفت. در این شرایط هر یک از اعضا در مورد باورهای زیربنایی قواعد ذهنی خود صحبت و بحث می‌کردند.

جلسه چهارم، پس از مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل با همکاری اعضا و ارائه بازخورد، رهبر گروه به معرفی روش‌های شناسایی باورهای زیربنایی مانند روش پیکان رو به پایین پرداخت، هدف از معرفی این روش‌ها، بازشناسی باورها، شروع به تردید در مورد آنها، ایجاد انعطاف در آنها و دستیابی به درک اینکه این باورها تنها در ادراک و ایده‌های شخصی وجود دارند و حقایق اساسی زندگی نیستند.

جلسه پنجم، پس از مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل و ارائه بازخورد به اعضای گروه، دوباره به شناسایی و ارزیابی باورهای زیربنایی و انواع آن در جهت آگاهی بیشتر اعضای گروه پرداخته شد و با استفاده از نمودار به اعضا نشان داده شد که چگونه باورهای زیربنایی و عمل کردن مطابق آنها به تقویت و استحکام آنها کمک می‌کند. همچنین در این جلسه به آموزش روش‌های افزایش مهارت اجتماعی نظیر جرأت‌آموزی و آموزش شیوه‌های حل مسأله نیز پرداخته شد.

جلسه ششم، در این جلسه تلاش شد با استفاده از روش پرسشگری سقراطی، اعضای گروه به شناسایی بیشتر باورهای زیربنایی دست یابد و آنها را اصلاح کنند. در این جلسه به معرفی بیشتر باورهای بنیادی و تقسیم‌بندی آنها به دو دسته، باورهای شرطی و باورهای غیرشرطی پرداخته شد. باورهای شرطی ریشه در باورهای غیرشرطی (باورهای اصلی) دارند و در راهبردهای رفتاری به‌ویژه اجتناب تجلی می‌کنند و رهبر گروه با همکاری اعضا به بحث در مورد مزایا و معایب باورهای شرطی پرداختند.

جلسه هفتم، در این جلسه پس از مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل با همکاری اعضا و ارائه بازخورد به گروه، به معرفی بیشتر باورهای غیرشرطی و اصلی پرداخته شد و تلاش گردید تا با استفاده از روش‌هایی نظیر آزمایش شواهد ضد باورهای غیرشرطی، زیر سؤال بردن آنها به روش پرسشگری سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی روی یک مقیاس ۰-۱۰۰ به جای نگاه سفید و سیاه به آنها، این باورها را ضعیف سازند. همچنین اعضای گروه در مورد روش‌های افزایش مهارت‌های اجتماعی و جرأت‌آموزی و شیوه‌های حل مسأله بحث و صحبت کردند.

مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، بیش‌فعالی و مشکل با هم‌تاها و متغیر کنترل سن، پایه تحصیلی و جنس و متغیر کمکی^۵ (همپراش) نمرات پیش‌آزمون در گروهها بود.

یافته‌ها

با استفاده از جدول‌های میانگین و انحراف معیار، تحلیل توصیفی انجام شد و برای تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج به‌دست آمده در جدول‌های ۱، ۲ و ۳ آورده شده است. با توجه به جدول ۱، میانگین نمره کل مشکلات عاطفی - رفتاری و خرده‌مقیاس‌های مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، بیش‌فعالی و مشکل با هم‌تاها در گروه آزمایش، پس از مداخلات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری داشته است، در حالی که در گروه گواه کاهش معناداری مشاهده نمی‌شود.

جلسه هشتم، بعد از مرور مباحث جلسات قبل و بررسی تکالیف منزل و ارائه بازخورد به اعضای گروه، به ادامه تولید و توسعه باورهای جایگزین منطقی پرداخته شد و اعضای گروه تشویق شدند که به رفتارهای جدید که از باورهای جدید ناشی می‌شود، توجه کنند. اعضای گروه دوباره به مرور مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و حل مسأله پرداختند و میزان رضایت اعضا از جلسات درمانی، مورد ارزیابی قرار گرفت. هدف این جلسه کمک به اعضای گروه در به‌کارگیری روش‌های آموخته شده در شرایط آینده زندگی و ایجاد سازگاری برای مقابله با برگشت احتمالی بود. در پایان داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل کوواریانس^۱ و با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه^۲ ۱۵ تحلیل گردید. در تحلیل کوواریانس انجام شده، متغیر مستقل^۳ مداخلات شناختی - رفتاری و متغیر وابسته^۴ مشکلات عاطفی - رفتاری و خرده‌مقیاس‌های

جدول ۱- داده‌های توصیفی نمرات گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری خرده‌مقیاس‌ها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات هیجانی	آزمایش	۶/۲۳	۲/۱۹	۴/۸۷	۷/۸	۴/۶۷	۱/۷۱
	گواه	۵/۴۷	۱/۶۸	۶	۱/۶۹	۵/۶۷	۱/۳۴
مشکلات سلوک	آزمایش	۵/۳۲	۲/۸۲	۲/۸	۰/۹۴	۲	۱/۲۵
	گواه	۴/۲۷	۲/۱۲	۵/۲۰	۱/۹۷	۴/۸۰	۱/۶۱
بیش‌فعالی	آزمایش	۶/۴	۲/۲۹	۴/۳۳	۱/۳۹	۳/۴۰	۲/۵۴
	گواه	۵/۹۳	۲/۰۱	۶	۲	۵/۸۰	۲/۱۱
مشکل با هم‌تاها	آزمایش	۵/۴۰	۲/۶۴	۲/۹۳	۰/۵۹	۲/۱۳	۱/۱۲
	گواه	۵	۲/۶۱	۵/۹۳	۲/۷۳	۵/۶	۲/۱۶
کل	آزمایش	۲۲/۰۶	۹/۹۶	۱۵/۰۷	۳/۴۹	۱۵/۰۶	۴/۵۳
	گواه	۲۰/۴۰	۷/۹۷	۲۳/۴۷	۷/۳۴	۲۲/۲۰	۵/۸۸

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) نمره کل مشکلات عاطفی - رفتاری در گروههای آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	شاخص متغیر	لامبدا و بلکز	F	سطح معناداری	Eta ²	توان
عضویت گروهی	پس‌آزمون	۰/۵۷۱	۳/۹۳۷	۰/۰۱۵	۰/۴۲۹	۰/۸۲
	پیگیری	۰/۵۸۷	۳/۲۹۲	۰/۰۱۸	۰/۴۱۹	۰/۸۰۷

1. covariance analysis
3. independent variable

2. Statistical Package for Social Science- version 15 (SPSS)
4. dependent variable

5. covariate variable

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) خرده‌مقیاس‌های مشکلات عاطفی - رفتاری در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta ²	توان
مشکلات	پس‌آزمون	۱۴/۰۲۳	۱	۱۴/۰۲۳	۷/۳۶۷	۰/۰۰۱۲	۰/۲۳۵	۰/۷۴
هیجانی	پیگیری	۱۳/۱۶۷	۱	۱۳/۱۶۷	۶/۵۵۹	۰/۰۰۱۷	۰/۲۱۵	۰/۶۹۱
مشکلات	پس‌آزمون	۳۷/۲۹۰	۱	۳۷/۲۹۰	۱۶/۳۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۵	۰/۹۷
سلوک	پیگیری	۲۲/۷۹۱	۱	۲۲/۷۹۱	۱۳/۶۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۲	۰/۹۴۳
بیش‌فعالی	پس‌آزمون	۲۲/۴۹۴	۱	۲۲/۴۹۴	۹/۸۸۵	۰/۰۰۰۴	۰/۲۰۲	۰/۸۵
	پیگیری	۱۶/۶۳۸	۱	۱۶/۶۳۸	۶/۷۵۳	۰/۰۰۱۶	۰/۲۲	۰/۷۰۳
مشکل با هم‌تاها	پس‌آزمون	۵۳/۸۴۶	۱	۵۳/۸۴۶	۱۳/۸۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۵	۰/۹۴
	پیگیری	۷۰/۵۹۵	۱	۷۰/۵۹۵	۱۳/۳۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۸	۰/۹۳۹

کاهش مشکلات عاطفی - رفتاری دختران نوجوان محروم از پدر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است. همچنین نتایج نشان داد که تفاوت بین میانگین‌های نمرات خرده‌مقیاس مشکلات هیجانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه گواه و آزمایش معنی‌دار است. یعنی درمان شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری توانسته میزان مشکلات هیجانی آزمودنی‌ها را کاهش دهد، نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با نتایج کاری، ولز و مارچ (۲۰۰۵)، و ولز و آلبانو (۲۰۰۵)، استیک، رود، سلی و گو (۲۰۰۸)، و روسلو، برنال و مدینا (۲۰۰۸) که تأثیر شیوه درمانی شناختی - رفتاری را در درمان افسردگی نوجوانان مورد بررسی قرار دادند همسویی دارد.

در تبیین چگونگی تأثیر شیوه درمانی شناختی - رفتاری بر مشکلات هیجانی دختران نوجوان محروم از پدر، می‌توان گفت که با آموزش راهبردهای شناختی و چالش با افکار منفی و آموزش حل مسئله، افراد دیدگاهها و باورهای خود را به‌عنوان اصول کامل و خالی از اشکال نمی‌پندارند و نسبت به‌درستی و نادرستی عقاید خود، دیدگاه منعطف‌تری پیدا می‌کنند. یعنی باورها و نظرات جدید بهتر می‌پذیرند، زیرا به این ترتیب افراد نسبت به شناخت‌های معیوب خود شک و تردید می‌کنند و در صدد تغییر آنها بر می‌آیند.

در این صورت افراد می‌آموزند که رویدادهای تنش‌زای زندگی را به‌عنوان فاجعه‌ای که آنها را تهدید می‌کند، نپندارند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مداخلات شناختی - رفتاری توانسته است به‌طور معناداری باعث کاهش مشکلات عاطفی - رفتاری دختران نوجوان محروم از پدر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شود ($P \leq 0/05$) و میزان تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۴۲ درصد بوده است. یعنی ۴۲ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون مشکلات عاطفی - رفتاری مربوط به مداخلات شناختی - رفتاری بوده است. همچنین توان آماری ۸۲ درصد می‌باشد. همچنین میزان تأثیر در مرحله پیگیری، ۴۱ درصد و توان آماری ۸۰ درصد به‌دست آمده است. بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون معنادار است. در نتیجه درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، بیش‌فعالی و مشکل با هم‌تاها مؤثر بوده است ($P < 0/05$). نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تأثیر این درمان در مرحله پیگیری از ثبات برخوردار است بنابراین فرضیه دوم، سوم، چهارم و پنجم تأیید می‌شود ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخلات شناختی - رفتاری بر مشکلات عاطفی - رفتاری دختران نوجوان محروم از پدر اجرا شد، نتایج نشان داد که مداخلات شناختی - رفتاری بر

جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن مداخلات شناختی - رفتاری بر بهبود مشکلات عاطفی - رفتاری نوجوانان محروم از پدر، این خدمات در سازمان‌هایی مانند کمیته امداد امام خمینی، بهزیستی، انجمن‌های خیریه مربوط به ایتم مانند انجمن مددکاری امام زمان (عج) و آموزش و پرورش برای پیشگیری و مداخله بهنگام از تشدید مشکلات، استفاده شود.

منابع

- آدامز، پ.، میلنر، ج.، و شرف، ا. (۱۳۷۲). روان‌شناسی کودکان محروم از پدر. ترجمه خسروباقری، و محمد عطاران. چاپ اول. تهران: انتشارات تربیت. (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۸۵).
- اسماعیلی، م. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی روش‌های مداخله رفتاری - شناختی، روش‌های القا، خلق و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی فرزندان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی، اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- پوراحمدی، ا.، جلالی، م.، و عابدین، ع. (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ای اختلال‌های عاطفی - رفتاری و عملکرد تحصیلی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله محروم از پدر و عادی شهر تهران. مجله روان‌شناسی بالینی، ۲، ۵۹-۵۱.
- مجدی، ف. (۱۳۸۹). بررسی رابطه معناداری زندگی و شیوه‌های فرزندپروری مادران و اختلالات رفتاری کودکان آنها. اصفهان پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- Baydev, V. (1988). Effect of parental separation and reentry into union on the emotional well-being of children, *Journal of Marriage and family*, 50, 967-987.
- Berner, M.L., Fee, V.E., & Turner A.D. (2007). A multi component social skills training program for adolescent girls with few friends. *Child & family behavior therapy*. 23(1): 1-8.
- Bohlin, G., Hagekull, B., & Rydell, A.M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, 9, 24-39.
- Bonanno, G.A., Westphal, M., & Mancini, A.D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of clinical psychology*, 7, 511-535.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. London: Hogarth.
- Brewer, J.D., & Sparkes, A.C. (2012). Young people living with parental bereavement: Insight from an ethnographic study of a UK childhood bereavement service. *Social science & Medicine*, 72, 283-290.
- Carel, J., Fridtad, M.A., Verducci, J., Weller, R.A., & Weller, E.B. (2006). Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years post parental death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 681-690.

یعنی به جای تمرکز بر ناتوانی‌ها، بی‌ارزش جلوه دادن و ناامیدی نسبت به آینده، دیدگاه مثبت‌تری بیابند و به تلاش برای افزایش خلق ادامه دهند. همچنین تفاوت بین میانگین‌های نمرات خرده‌مقیاس‌های مشکلات سلوک و بیش‌فعالی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه گواه و آزمایش معنی‌دار بوده، یعنی مداخلات شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، توانسته میزان مشکلات سلوک و بیش‌فعالی آزمودنی‌ها را کاهش دهد. نتایج این پژوهش با نتایج کوتایا (۲۰۱۰)، که کاهش بیش‌فعالی، مشکلات سلوک و پرخاشگری را در نتیجه مداخلات شناختی - رفتاری در نوجوانان گزارش کرده است، هماهنگ است.

تفاوت بین میانگین‌های نمرات خرده‌مقیاس مشکل با هم‌تاها، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه گواه و آزمایش، معنی‌دار بود و مداخلات شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میزان مشکل با هم‌تاها را در آزمودنی‌های گروه آزمایش کاهش داده است. نتایج به‌دست آمده با نتایج برنر، فی و ترنر (۲۰۰۱) همسو است.

در تبیین چگونگی تأثیر شیوه آموزشی شناختی - رفتاری بر مشکل با هم‌تاها، دختران نوجوان می‌توان گفت که نگرانی از سوء برداشت دیگران، فرد را از بسیاری از تجارب مثبت باز می‌دارد. انزوا و نافع‌الی نیز ادراک خود فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مجموعه این عوامل سبب می‌شود که نوجوان احساس ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجارب خود منتقل نماید و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد. با توجه به آنان که شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد مربوط به عواطف منفی، بیشتر متمرکز بر روابط بین‌فردی این افراد بود، از این آزمودنی‌ها خواسته شد، هنگامی که عواطف منفی احساس انزوا، تنهایی و... را تجربه می‌کنند، افکار ناکارآمد خود را یادداشت کنند. به تدریج و به کمک درمانگر این افکار با افکار منطقی‌تر جایگزین شد. اصلاح چنین افکار ناکارآمدی به علاوه تأثیر روش‌های مهارت‌های اجتماعی، باعث افزایش فعالیت‌ها، تعاملات اجتماعی و بهبود روابط با هم‌تاها شده است. این پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی و با مجوز از آموزش و پرورش کل استان اصفهان و رضایت مادران و دانش‌آموزان صورت گرفته است. در این پژوهش مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرد محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله اینکه می‌توان به حجم کم و تک‌جنسیتی نمونه و استفاده از روش نمونه‌گیری جامعه در دسترس و بررسی نکردن بعضی از متغیرهای مداخله‌گر اشاره کرد، که در تعمیم نتایج باید

- Cerel, J., Fristad, M., Verducci, J., & Weller, E. (2006). Childhood Bereavement Psychopathology in the two Years post Parental Death. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 45, 681-690.
- Choi, J.K., Jakson, A.P. (2011). Father's involvement and Child behavior Problems in Poor African American Single-mother families. *Children and youth services Review*, 33, 698- 704.
- Claark, G.N., Rogde, P., Lewinsol, PM., Hopes, H., & Selley, J.R. (1999). Cognitive- behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster. Sessions, *Journal of the American Child and adolescent Psychiatry*. 38(3): 272- 279.
- Corr, C.A. (2003). Bereavement, grief, and mourning in death-related literature for children: *Journal of Death and Dying*, 48 (4), 337-363.
- Curry, J., Wells, K., & Marchal. J. (2005). *Development of and rationale Treatment for Adolescents with Depression (TADS) CBT*. Cognitive & behavioral practice.
- Diener, M. L., Magelsdorf, S. C., Mchale, J, L., & Frosch, C. (2002). *Infants behavior- a strategies for emotion regulation with mother and father: Associations with emotional expressions and attachment quality Infancy*, 5, 157-172.
- Dyregrow, A. (2008). *Grief in young children: A handbook for adults*. PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Elizur, E., & Kaffman, M. (2009). Children's Bereavement Reactions Following Death of the father, *Journal of American Academy of Child Psychiatry* 21, 474- 480.
- Galatzer-Levy, I.R. & Bananno, G.A. (2012). Beyond normality in the study of bereavement: Heterogeneity in depression outcomes following loss in older adults. *Social science & Medicine*, 74, 1987-1994.
- Golombok, S. (2004). Solo mothers: quality of parenting and child development. *Inter national congress series* (1266), 256- 263.
- Hewlett, B.S. (1992). *Intimate fathers: the nature and context of aka pygmy paternal in fant care*. Ann Arbor: the university of Michigan press.
- Moore, R.G., & Garlund, A. (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. UK: Wiley Press.
- Quitaiba, A. (2010). Cognitive- Behavioral intervention in dealing with school violence among Arab Palestinian adolescents in Israel. *Social and Behavioral Sciences*, 5, 1317- 1325.
- Rossell, J., Bernal, G., & Medina, C. (2008). Individual and Group CBT and IPT for adolescents with depression symptoms. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 14, 3, 234- 245.
- Scelz, B.A. (2010). Father's presence speeds the social and reproductive careers of sons. *Current anthropology*, 51(2), 295-303.
- Sear, R., & Mace, R. (2008). Who keeps children a live? A review of the effects of kin on child survival. *Evolution and human behavior*, 21(1), 1-18.
- Stic, E., Rohde, P., Seeley, R., & Gou, M. (2008). Brief Cognitive- Behavioral Depression for adolescents. *Journal of Consoling and Clinical Psychology*, 76, 4, 595- 606.
- Thompson, M.P., Kaslow, N.J., Kingree, J.B., King, M., Bryant, L.J., & Rey, M. (1998). Psychological symptomatology following Parental death in a Predominantly minority sample of children and adolescents. *Journal of clinical child Psychology*, 27, 434-441.
- Watkins, A. (2010). There Effects of single parent Home on children, *American Journal of psychology*, 3, 345-352.
- Webb, N.B. (2005). The child and death. In N.B. Webb (Ed), *Helping bereaved children: A hand book for practitioners (2nd ed)*. New York, NY: The Guilford Press.
- Wells, K., & Albono, A.M. (2005). *Involving parents in Treatment for Adolescents with Depression (TADS) CBT*. Cognitive & behavioral practice.
- Winking, J., Gurven, M., & Kaplan, H. (2011). *Father death and adult success among the Tsimane, Evolution and Human Behavior*, 32, 79- 89.
- Wolchik, S.A., Ma, Y., Tein, J.Y., Sandler, I.N., & Ayers, T.S. (2008). Parentally bereaved children grief: self-system beliefs as mediators of the relations between grief and stressors and caregiver-child relationship quality. *Death. Studies*, 32, 597-620.
- Worden, J.W. (1996). *Children and Grief: when apparent dies*. New York, NY: The Guilford Press.
- Worden, J.W., & Silverman, P.R. (1996). Parental death and adjustment of school-age children. *Omega*, 33, 91-102.