MEJDS. 2019; 9:114.

Published online 2019 Dec. **Research Article**

Evaluate of the Combination Effectiveness of Social Skills Training and Cognitive-Behavioral Therapy to Hardiness and Problem Solving Methods in Persons with Disabilities

Ostadian Khani Z[1], *Fadaei Moghaddam M[2]

Author Address
1. PhD student in public psychology, Islamic Azad University, Tehran Central Branch, Tehran, Iran;
2. Master of Science in Clinical Psychology, Payam Noor University of Tehran, South of Tehran, Iran.
***Corresponding Author Email**: m.2001.moghadam@gmail.com

Received: 2016 February 5; **Accepted:** 2016 March 11

Abstract

Objective: The aim of this research was to consider social skills training, cognitive therapy and way of solving the problem of low mobility of Qom welfare by consolidation.

Methods: Research samples was made of 200 disabled people from all parts of the Qom city (center of Iran) that 30 individuals were selected randomly. Samples divided to two groups (15 for control group and 15 for test group) at the age of 20–30 and high school education. They were in an institute under the responsibility of welfare. This method was half–examined and participants were taught in 10 sections each 120 minute for 75 days. Then we gathered information according to pre–examined–past examined plan in control group and implementation hardiness questionnaire Kubasa and Cassidy and Long problem solving procedures. Data were analyzed by covariance.

Results: The results showed that Integrated teaching social skills and cognitive therapy increased psychological hardiness as well as increased problem–solving styles including (failure $p<0.001$, control $p<0.001$, creativity $p<0.001$, confidence $p=0.005$, style and light to avoid confrontation $p=0.016$ & $p<0.001$) were effective. Combined social skills training and cognitive–behavioral therapy for people with motor disabilities reduced their anxiety (especially social anxiety). It also led to increased stiffness ($p<0.001$), resistance and adaptation to their physical condition and improved problem solving skills.

Conclusion: Blended learning social skills and cognitive–behavioral therapy is effective problem–solving and tenacity disability.

Keywords: social skills, cognitive–behavioral therapy, hardiness, problem solving methods.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.6.8]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۱۱۴.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی تلفیقی آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری بر سرسختی و شیوه‌های حل مسئله در افراد دارای معلولیت جسمی

زهرا استادیان خانی[۱]، *ملیحه فدایی‌مقدم[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران؛

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه پیام نور تهران جنوب، تهران، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: M.2001.moghadam@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۶ بهمن ۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۱ اسفند ۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر به‌منظور بررسی تأثیر تلفیق آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری بر سرسختی و شیوه‌های حل مسئلهٔ افراد دارای معلولیت جسمی انجام شد.

روش بررسی: جامعهٔ پژوهش حاضر شامل دویست نفر معلول حرکتی سازمان بهزیستی شهر قم بود که از میان نمونه‌ای شامل سی نفر دختر و پسر (پانزده نفر گروه کنترل و پانزده نفر گروه آزمایش) با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود و شرکت‌کنندگان در یک مداخلهٔ دوونیم ماهه، به‌مدت ده جلسهٔ ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند. سپس با استفاده از طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل و اجرای پرسش‌نامه‌های سرسختی کوباسا و شیوه‌های حل مسئلهٔ کسیدی و لانگ اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش تلفیقی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری در افزایش سرسختی روان‌شناختی و همچنین افزایش در شیوه‌های حل مسئله اعم از (درماندگی $p<۰/۰۰۱$، مهارگری $p<۰/۰۰۱$، خلاقیت $p<۰/۰۰۱$، اعتمادبه‌نفس $p<۰/۰۰۵$، سبک اجتناب $p<۰/۰۱۶$ و سبک رویارویی $p<۰/۰۰۱$) مؤثر بوده است. آموزش تلفیقی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری به افراد دارای معلولیت حرکتی، باعث کاهش اضطراب (به‌ویژه اضطراب اجتماعی) در آنان شد. همچنین به افزایش سرسختی ($p<۰/۰۰۱$)، مقاومت و سازگاری با وضعیت جسمی‌شان منجر شد و باعث شد مهارت حل مسئله در آن‌ها بهبود یابد.

نتیجه‌گیری: آموزش تلفیقی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری بر سبک‌های حل مسئله و سرسختی افراد دارای معلولیت حرکتی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های اجتماعی، درمان شناختی‌رفتاری، سرسختی، شیوه‌های حل مسئله.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.6.8]

۱ مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و با دیگر هم‌نوعان خود در جامعه رابطه برقرار می‌کند. بنابراین وجود اختلالات روان‌شناختی در برخورد با دیگر اعضای جامعه برای وی مشکلات زیادی را به همراه می‌آورد. مهارت‌های اجتماعی به افراد کمک می‌کند تا در محیط‌های اجتماعی بازخورد مثبتی دریافت کنند و برقراری رابطهٔ بین‌فردی را برای افراد تسهیل می‌کند (۱). اثربخشی این مهارت‌ها وقتی همراه با پاداش اجتماعی باشد، افزایش پیدا می‌کند و مهارت‌های ضعیف اجتماعی، پیش‌بینی‌کنندهٔ مشکلات رفتاری بعدی در این افراد است. زندگی در دنیای پیچیده با دشواری‌های کنونی، بشر را نیازمند یادگیری مهارت‌های اجتماعی به‌منظور مقابله با مشکلات، موفقیت و پیشرفت در اجتماع می‌کند (۲). در فرایند اجتماعی‌شدن، هنجارها، مهارت‌ها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتار فرد شکل می‌گیرد، تا به‌نحو مناسب و مطلوبی نقش کنونی یا آتی خود را در جامعه ایفا کند. بنابراین افراد معلول بیشتر از افراد عادی به این آموزش‌ها و مداخلات روان‌شناختی برای افزایش میزان شادکامی و رضایت از زندگی نیاز دارند (۳). واژهٔ خام حرکتی ویژهٔ افرادی است که از نظر اجرای حرکتی مشکل دارند؛ ولی این مشکلات صرفاً منشأ جسمانی ندارد و حتی هوش آن‌ها نیز ممکن است بالاتر از حد متوسط باشد. افراد خام حرکت در اجرای حرکت تعادلی، هماهنگی، جهت‌یابی و درک حس مشکل دارند (۴). انواع معلولیت شامل نقیصه‌های بینایی، شنیداری، جسمی‌حرکتی، عقب‌ماندگی ذهنی و آسیب‌های مغزی است که موجب ایجاد اختلال در گفتار و یادگیری و تعادل روانی می‌شود (۵). محققان با بررسی عوامل مؤثر در رضایت از زندگی دریافتند که سلامت جسمانی با رضایت از زندگی رابطه دارد و افراد معلول در رضایت از زندگی نمرات ضعیف‌تری کسب کرده‌اند. از آنجا که بیشتر مشکلاتی که این افراد با آن مواجه هستند، مثل اضطراب و افسردگی پدیده‌هایی روانی است، شناخت و عاطفه در آن نقش اساسی دارد. طبق تحقیقات انجام‌شده پس از قطع درمان دارویی، بسیاری از بیماران در ماه اول و ۶۰ تا ۸۰ درصد از آن‌ها در سال اول دچار عود اختلال می‌شوند. به همین منظور صرفاً دارودرمانی نمی‌تواند راه‌حل مناسبی باشد و باید دنبال درمانی بود که بیشترین تأثیر و کمترین عود را داشته باشد. همچنین این افراد به‌دلیل نگرانی بابت موشکافی‌شدن از سوی دیگران، در موقعیت‌های اجتماعی به رفتارهای اجتنابی متعددی دست زده، حضور خود را در اجتماعات محدود می‌کنند. این مسئله آن‌ها را به انزوا می‌کشاند و از جامعه دور می‌کند. باریو و همکاران، در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی سبب کاهش اضطراب، افزایش فعالیت‌های اجتماعی، بهبود حرمت نفس و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب می‌شود (۶). مهم است این افراد مهارت‌های اجتماعی را به‌منظور پیداکردن کار، تداوم شغل، موفقیت، زندگی مستقل در جامعه و انطباق هرچه بیشتر با جامعه به کار گیرند. به نظر می‌رسد مهارت‌های اجتماعی را می‌توان از راه رویکردهای آموزش مستقیم، آموزش مشارکتی و پردازش شناختی آموزش داد. اخیراً رویکرد پردازش شناختی یا به‌عبارت دیگر، رویکرد حل مسئله در آموزش مهارت‌های اجتماعی از مقبولیت بیشتری برخوردار شده است. در این راستا، ماتیو و همکاران، در تحقیق خود نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی همراه با مداخلات شناختی بر عملکرد روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اثر مثبت داشته، می‌تواند این مداخله را با اقدامات توان‌بخشی تلفیق کند و به این افراد ارائه دهد (۷). در این پژوهش، صرفاً گروهی که اقدامات توان‌بخشی را دریافت کرده بودند، بهبود قابل‌توجهی از خود نشان ندادند. در آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی، مراحل رمزگشایی اجتماعی، تصمیم‌گیری اجتماعی، عملکرد اجتماعی و ارزیابی اجتماعی به‌ترتیب دنبال می‌شود. این روش‌ها در رویکرد آموزش مستقیم نظیر الگوسازی، نقش‌بازی‌کردن و تمرین استفاده می‌شود. نتایج پژوهش هامالاینین و همکاران، نشان داد افرادی که علاوه بر سواد دبیرستان از آموزش‌های فنی‌وحرفه‌ای نیز برخوردار بودند، از گروهی که فقط سواد دبیرستان داشتند، در توانایی حل مسئله و انعطاف‌پذیری شش برابر توانمندتر بودند (۸). دزوریلا این‌چنین استنباط کرد که حل مسئلهٔ اجتماعی به فرایند شناختی‌رفتاری و ابتکاری فرد اطلاق می‌شود که به‌وسیلهٔ آن فرد می‌خواهد راهبردهای مؤثر و سازگارانه از نوع مقابله‌ای را برای مشکلات روزمره تعیین، کشف یا ابداع کند (۹). عامل دیگری که روابط اجتماعی و بین فردی را تحت‌تأثیر خود قرار می‌دهد، ویژگی‌های شخصیتی افراد است. معمولاً اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی بر روابط بین فردی تأثیر می‌گذارد و باعث تداوم اضطراب‌ها و نگرانی‌ها خواهد شد. این قبیل نگرانی‌ها مقاوم‌بودن افراد را کاهش می‌دهد که حاصل آن کاهش سرسختی روان‌شناختی است که امروزه از جایگاه ارزنده‌ای در مطالعات روان‌شناسان برخوردار شده است. اصطلاح سرسختی روان‌شناختی را کوباسا (۱۰) ابداع کرد. وی در توصیف این واژه معتقد است که سرسختی روان‌شناختی نوعی ویژگی شخصیتی است که فرد واجد آن می‌تواند به‌صورت کارآمد مشکلات استرس‌های بین‌فردی را حل کند و در مواجهه با حوادث، از آن به‌عنوان منبع مقاومت و همانند سپری محافظ استفاده کند (۱۰). سرسختی مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که به‌عنوان منبع مقاومت در برابر فشارهای زندگی عمل می‌کند. سه مؤلفهٔ مرتبط با هم در سرسختی عبارت است از: کنترل، مبارزه‌جویی و تعهد.

- کنترل: کنترل متغیر منعکس‌کنندهٔ میزانی است که شخص احساس می‌کند بر عوامل فشارزا تسلط دارد.
- مبارزه‌جویی: ویژگی شخصی مبارزه‌جویی باوری است مبنی بر اینکه تغییر و تحول، روال طبیعی زندگی است و انتظار وقوع تغییر و دگرگونی مشوقی برای رشد و بالندگی است، تا تهدیدی برای امنیت و ایمنی.
- تعهد: به‌عنوان سیستم اعتقادی توصیف‌شده است که تهدید ادراک‌شدهٔ ناشی از وقایع دشوار زندگی را به حداقل می‌رساند و همچنین اعتقاد به اهمیت‌داشتن و مهم‌بودن، جالب‌بودن، معنی‌داربودن و ارزشمندبودن فعالیت‌های زندگی است (۱۱).

مارتیا، در پژوهشی سخت‌کوشی مردم در محل کار را آزمایش کرد. در این پژوهش، او نشان داد که احساس خشونت، غیبت و سطح آسیب‌پذیری در افرادی که از نظر تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی ضعیف‌ترند، بیشتر است (۱۲). به هر حال در این مطالعه به‌جای آموزش جداگانهٔ مهارت‌های اجتماعی به افراد، تلاش شد که با

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.6.8]

درنظرگرفتن موقعیت اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی همراه با درمان شناختی‌رفتاری به افراد دارای معلولیت جسمی آموزش داده شود و مهارت‌های حل مسئلهٔ اجتماعی به‌گونه‌ای در آن‌ها تقویت شود که بتوانند فضاهای مختلف اجتماعی را با موفقیت پشت سر بگذارند. هدف این مطالعه تعیین این مسئله است که آیا تلفیق آموزش مهارت‌های اجتماعی با درمان شناختی‌رفتاری بر سرسختی و شیوه‌های حل مسئله در کم‌توانان حرکتی مؤثر است؟ ارائهٔ برنامهٔ درمانی که بتواند سطح کیفی زندگی را افزایش دهد، بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر، تاکنون تحقیقی در این زمینه در سطح کشور انجام نشده است؛ به‌طور کلی هدف از این طرح بررسی درمان تلفیقی آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری بر سرسختی و شیوه‌های حل مسئله در افراد دارای معلولیت جسمی بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و به‌صورت طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون دوگروهی بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل همهٔ کم‌توانان حرکتی دختر و پسر مؤسسه‌ای وابسته به سازمان بهزیستی شهر قم است که تعداد آن‌ها دویست نفر بود. از آنجا که دسترسی به تمام افراد دارای معلولیت حرکتی کم است و حداقل نمونه برای مداخلات آزمایشی برای هر گروه پانزده نفر است، نمونه‌ای به حجم سی نفر پسر و دختر (پانزده نفر آزمایش و پانزده نفر کنترل) به‌صورت همگن از نظر سن، جنس و تحصیلات انتخاب شدند. افراد موردمطالعه، بر اساس این طرح قبل از اجرای مداخلهٔ تلفیقی آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری آزمودنی‌ها پیش‌آزمون را انجام دادند. سپس گروه آزمایش برنامهٔ مداخله را دریافت کرد؛ در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند. مداخلات درمانی به‌صورت ده جلسهٔ دوساعته آموزش مهارت‌های اجتماعی همراه با درمان شناختی‌رفتاری برای این افراد انجام شد. ابزار استفاده‌شده در پژوهش حاضر، شامل پرسش‌نامهٔ شیوه‌های حل مسئلهٔ ۲۴سؤالی کسیدی و لانگ (۱۳) و پرسش‌نامهٔ سرسختی ۲۰سؤالی کوباسا بود (۱۴).

الف. پرسش‌نامهٔ شیوه‌های حل مسئلهٔ کسیدی و لانگ: این مقیاس را کسیدی و لانگ طی دو مرحله ساختند و ۲۴ سؤال دارد که شش عامل را می‌سنجد و هرکدام از عوامل دربرگیرندهٔ چهار ماده است. این عوامل عبارت‌اند از: ۱. درماندگی یا بی‌یاوری (بیانگر درماندگی کلی فرد در موقعیت‌های مسئله‌زاست)؛ ۲. کنترل یا مهارگیری حل مسئله (بعد کنترل بیرونی‌درونی را در موقعیت‌های مسئله‌زا منعکس می‌کند)؛ ۳. سبک یا شیوهٔ خلاقیت (نشان‌دهندهٔ برنامه‌ریزی و درنظرگرفتن راه‌حل‌های متنوع است)؛ ۴. اعتمادبه‌نفس در حل مسئله (اعتماد به توانایی فرد برای حل مشکلات است)؛ ۵. سبک اجتناب (تمایل به ردشدن و گذشتن از مشکلات را، به‌جای مقابله با آن‌ها منعکس می‌کند)؛ ۶. شیوهٔ برخورد یا تقرب (نگرش مثبت به مشکلات و تمایل به مقابلهٔ رودررو با آن‌ها را نشان می‌دهد). زیرمقیاس‌های درماندگی، مهارگیری و اجتناب از عوامل غیرسازندهٔ حل مسئله و بقیهٔ زیرمقیاس‌ها، عوامل سازندهٔ حل مسئله هستند (۱۳). در پژوهش باباپور و همکاران (۱۳۸۲) نیز اعتبار درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۷۷درصد به دست آمده است (به‌نقل از ۱۵).

ب. پرسش‌نامهٔ سرسختی: این پرسش‌نامه را کوباسا ساخته و ۲۰ عبارت دارد و هدف آن ارزیابی میزان سرسختی و عوامل آن در افراد است. شیوهٔ نمره‌دهی این پرسش‌نامه به این صورت است که گزینه‌های هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات، به‌ترتیب نمرات ۴، ۳، ۲ و ۱ کسب خواهد کرد. جمع کل نمرات این سؤالات، به‌عنوان امتیاز سرسختی آزمودنی در نظر گرفته می‌شود و هرچه این نمره بالاتر باشد، بیانگر سرسختی بیشتر پاسخ‌دهنده است و برعکس. پایایی این آزمون را کوباسا و همکاران به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آوردند. در ایران هنجاریابی را اسماعیلی و همکاران به‌روش بازآزمایی برای زنان ۰/۸۵ و برای مردان ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند (۱۰،۲۱).

برنامهٔ مداخله با استفاده از منابع گوناگون به‌ویژه بستهٔ آموزشی‌درمانی خدایاری فرد و همکاران (۱۶) به شرح زیر طراحی و اجرا شد.

شرح مداخلات درمانی به‌تفکیک جلسات:

ـ جلسهٔ اول: اولین جلسه با معرفی درمانگر، بیان هدف و جلب توجه و مشارکت آزمودنی‌ها آغاز شد. در مرحلهٔ رمزگشایی اجتماعی از فرد خواسته شد تا مشکل عمدهٔ خود را در جریان روابط اجتماعی، با ارائهٔ داستان توسط درمانگر و توصیف توالی اجتماعی رمزگشایی کند. در پایان جلسه، تکلیفی مرتبط به مددجویان داده شد.

ـ جلسهٔ دوم: ابتدا بازخورد تکلیف جلسهٔ قبل داده شد. سپس با گفت‌وگو تصمیم اجتماعی دربارهٔ راه‌های ممکن برای برخورد با موقعیت بیان‌شده در جلسهٔ قبل آموزش داده شد. همچنین عوامل روانی‌اجتماعی (تنظیم اهداف زندگی و حفظ عزت‌نفس) توضیح داده شد. در ادامه جرئت‌ورزی، روش‌های رد، بیان و درخواست قاطعانه آموزش داده شد و در نهایت تکلیفی برای جلسهٔ آینده ارائه شد.

ـ جلسهٔ سوم: ابتدا بازخورد تکلیف جلسهٔ قبل داده شد. پس از آن آموزش مهارت مقابله با استرس (تنش‌زدایی) و بیان عوامل سرسختی روان‌شناختی توسط درمانگر انجام شد. مهارت تنش‌زدایی به‌عنوان تکلیف جلسهٔ بعد داده شد.

ـ جلسهٔ چهارم: در ابتدا گزارش تکلیف جلسهٔ قبل و بازخورد انجام شد. در این مرحله ارزیابی اجتماعی به صورت گفتگو و ارزیابی بهترین پاسخ انجام شد. آموزش مهارت کنترل خشم با استفاده از روش‌های عاطفی‌عقلانی، تمرین‌های رفتاری مثل مواجهه با موقعیت‌های محرک خشم و شناسایی علائم خشم با افراد گروه به بحث گذاشته شد و تکلیف هفتهٔ بعد در همین زمینه داده شد.

ـ جلسهٔ پنجم: ابتدا دربارهٔ تکلیف جلسهٔ قبل بازخورد داده شد. برنامهٔ آموزش حل مسئله، روش‌های آن و ارائهٔ تعریفی از مسئله، ارائهٔ راه‌حل‌های جایگزین، تصمیم‌گیری و به‌کارگیری و اجرای راه‌حل (با مثال) به بحث گذاشته شد و تکلیفی متناسب برای جلسهٔ بعد تعیین شد.

ـ جلسهٔ ششم: ارائهٔ گزارش تکلیف و بازخورد، آموزش مهارت تحلیل رفتار (A-B-C) با هدف تحلیل الگوهای ناکارآمد انجام شد. درمانگر کمک کرد تا از وقایع، افکار یا احساساتی که راه‌انداز خشم در آن‌ها بوده، آگاه شوند و تکلیف یادداشت وقایع روزانه به آن‌ها داده شد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.6.8]

ـ جلسهٔ هفتم: بازسازی شناختی[1] از طریق افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی آموزش داده شد. مهم‌ترین کنش تکنیک‌های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش‌یافته‌تر به‌منظور کشف الگوهای فکری منفی، تحریف‌شده و تشخیص تأثیرات آسیب‌رسان این الگوهای فکری و جایگزینی الگوهای فکری سازش‌یافته‌تر بود.

ـ جلسهٔ هشتم: پس از توانایی تشخیص افکار خودکار توأم با رفتارها و عواطف ناکارآمد، آموزش و تمرین تکنیک‌های بررسی شواهد و تکنیک جایگزین انجام گرفت و تکلیف خانگی داده شد.

ـ جلسهٔ نهم: اصلاح تحریف‌ها و تکنیک‌های شناختی کنترل خود به بحث گذاشته شد و سبک‌های تحریف‌شدهٔ تفکر آموزش داده شد.

ـ جلسهٔ دهم: ارائهٔ گزارش تکلیف و دادن بازخورد، تمرین تکنیک‌های جلسهٔ قبل، جمع‌بندی مطالب و مرور کلی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری که در طول جلسات آموزش داده شد.

۳ یافته‌ها

جدول ۱، شاخص‌های توصیفی سرسختی و شیوه‌های حل مسئله را در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول مشاهده می‌شود، بین میانگین سرسختی و ابعاد حل مسئله در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه تفاوت مشاهده می‌شود. از آنجا که طرح پژوهش به‌صورت نیمه‌آزمایشی بود، برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نمونهٔ موردمطالعه دارای تحصیلات دیپلم و با میانگین سنی ۲۰ تا ۳۰ سال است که بر اساس سن، جنس و تحصیلات همگن شدند. پیش‌فرض‌های همگنی واریانس‌ها و نرمال‌بودن (آزمون کولموگروف‌ـ اسمیرنف) در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمایش و تأیید شد. نتایج تحلیل کوواریانس نیز به‌صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین (انحراف استاندارد) پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش و نتایج تحلیل کوواریانس

	مقیاس	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	F	p
			(S)M	(S)M		
	حل مسئله	آزمایش	(۵/۸۷) ۲۶/۱۳	(۳/۴۶) ۲۶/۱۳	۴۳/۲۴	۰/۲۱۴
		کنترل	(۵/۰۹) ۲۴/۹۳	(۴/۵۷) ۲۴/۴۰		
سرسختی	نمرهٔ کل سرسختی	آزمایش	(۱۰/۴۳) ۵۶/۶۰	(۵/۷۶) ۳۰/۷۳	۱/۶۱	<۰/۰۰۱
		کنترل	(۱۱/۲۳) ۵۵	(۸/۸۴) ۴۴/۲۰		
	درماندگی	آزمایش	(۲/۴۹) ۳/۶۶	(۱/۴۰) ۱/۳۳	۲۶/۲۸	<۰/۰۰۱
		کنترل	(۲/۲۴) ۲/۲۰	(۲/۳۳) ۳/۱۳		
	مهارگری	آزمایش	(۱/۸۶) ۴/۰۶	(۰/۹۶) ۱/۰۶	۵۲/۶۵	<۰/۰۰۱
		کنترل	(۲/۴۶) ۳/۰۶	(۲/۸۵) ۴/۴۶		
	سبک خلاقیت	آزمایش	(۲/۱۳) ۴/۵۳	(۲/۵۶) ۶/۸۰	۳۰	<۰/۰۰۱
		کنترل	(۲/۱۲) ۵/۷۳	(۲/۸۸) ۴/۲۰		
	اعتمادبه‌نفس	آزمایش	(۱/۴۱) ۴	(۰/۹۸) ۴/۶۰	۹/۲۳	<۰/۰۵
		کنترل	(۱/۷۲) ۳/۴۶	(۱/۴۷) ۳/۲۰		
	سبک اجتناب	آزمایش	(۲/۲۲) ۴/۶۰	(۱/۸۳) ۵/۶۶	۶/۵۵	۰/۰۱۶
		کنترل	(۲/۳۳) ۴/۸۰	(۲/۳۴) ۴/۷۳		
	سبک رویارویگر	آزمایش	(۲/۰۵) ۵/۲۶	(۱/۵۹) ۶/۸۶	۱۵/۵۵	<۰/۰۰۱
		کنترل	(۲/۰۶) ۵/۶۶	(۲/۰۲) ۴/۶۶		

جدول ۱، خلاصهٔ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر تحلیل آموزش تلفیقی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری بر سرسختی و شیوه‌های حل مسئله را نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، آموزش تلفیقی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری بر سرسختی (p<۰/۰۰۱)، درماندگی (p<۰/۰۰۱)، مهارگری (p<۰/۰۰۱)، خلاقیت (p<۰/۰۰۱)، اعتمادبه‌نفس (p<۰/۰۵)، سبک اجتناب (p<۰/۰۱۶) و سبک رویارویگر (p<۰/۰۰۱) مؤثر بود. از میان متغیرهای پژوهش فقط آموزش تلفیقی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری بر حل مسئلهٔ اجتماعی در افراد دارای معلولیت جسمی تأثیر معناداری نداشت و بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی تلفیقی آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری بر سرسختی و شیوه‌های حل مسئلهٔ افراد دارای معلولیت جسمی بهزیستی شهر قم بود. نتایج نشان داد که این آموزش تلفیقی، سرسختی روان‌شناختی افراد دارای معلولیت جسمی را به‌طور

[1]. Cognitive restructuring

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.6.8]

معنی‌داری افزایش می‌دهد. این نتایج با یافته‌های به‌پژوه، سلیمانی، افروز و لواسانی و وویک و همکاران هم‌سو است (۲). ویکز و همکاران در پژوهشی آموزش مهارت‌های اجتماعی همراه با آموزش شناختی را روی ۶۴ نفر مبتلا به اسکیزوفرنی که اقدامات توان‌بخشی را دریافت می‌کردند، انجام دادند و به این نتیجه رسیدند افرادی که علاوه بر اقدامات توان‌بخشی از آموزش‌های مهارت‌های اجتماعی همراه با مداخلات شناختی بهره برده‌اند، به‌شکل چشمگیری در توجه بهبود یافته بودند و حافظهٔ کاری و همدلی آن‌ها به گروه افزایش یافته بود و اضطراب و حواس‌پرتی آن‌ها کاهش یافته بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به پژوهش دانه‌کار استناد کرد. آن‌ها در پژوهشی نشان دادند که درمان میان‌فردی گروهی به‌واسطهٔ آموزش مهارت‌های اجتماعی‌رفتاری و ادراک اجتماعی، آموزش استفاده از خودآموزی برای هدایت رفتار و آموزش مهارت‌های حل مسئلهٔ اجتماعی و جایگزینی افکار مؤثر و مثبت به‌جای افکار ناکارآمد و منفی، الگویی را برای فرد ترسیم می‌کند و به کاهش افسردگی و احساس تنهایی منجر می‌شود (۱۷). بنابراین از این پژوهش و یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین استنباط کرد: همان طور که آموزش مهارت‌های حل مسئله باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی می‌شود، آموزش مهارت‌های اجتماعی نیز باعث افزایش شیوه‌های حل مسئله در افراد می‌شود. این یافته با پژوهش شکوهی یکتا، زمانی و پورکریمی نیز هم‌سو است (۱۸). یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد که آموزش مهارت حل مسئلهٔ بین‌فردی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی مؤثر است و باعث کاهش رفتارهای مشکل‌زا شده است. همچنین بر اساس یافته‌های مطالعات قبلی پوراکبری، خواجوند خوشلی و اسدی و غفوریان بروجردنیا و همکاران و مارتیا می‌توان چنین گفت که با افزایش سرسختی روان‌شناختی از میزان اضطراب افراد کاسته می‌شود و در نتیجه باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۱۲ و ۱۹ و ۲۰). در تبیین این یافته‌ها به مدل غمخوار اشاره می‌شود (۲۱). غمخوار و همکاران در مدل پیشنهادی خود اظهار کردند که کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی دچار نقص‌هایی در نظم‌دهی هیجانات خود هستند. به‌عبارت دیگر، افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، محرکی را که به‌طور بالقوه تهدیدآور است، خطرناک ارزیابی می‌کنند. ازاین‌روست که دچار اضطراب شده، پریشانی شدیدی را تجربه می‌کنند. به همین علت می‌توان چنین تبیین کرد که با افزایش اضطراب، سرسختی روان‌شناختی و مقاومت آن‌ها کاهش می‌یابد و به نظر می‌رسد درمان شناختی‌رفتاری با کار مداوم و پیوسته بر روی سازه‌های شناختی ذهن فرد را برای تغییرات شناختی هموار می‌کند (۲۰). به این دلیل است که افراد پس از دریافت درمان در کنترل واکنش‌های هیجانی منفی خود توانمند می‌شوند و سرسختی روان‌شناختی آن‌ها افزایش می‌یابد. پژوهشگران میزان سرسختی افراد را در محیط کار آنان بررسی کردند و نتیجه گرفتند افرادی که میزان تعهد و کنترل و چالش درونی بیشتری داشتند، احساس فشار کمتری در کار احساس می‌کردند؛ در نتیجه حس منفی کمتری داشتند و در نهایت آسیب‌پذیری کمتری در آن‌ها مشاهده شد (۱۲). همچنین یافته‌ها نشان داد که آموزش تلفیقی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری بر شیوه‌های حل مسئلهٔ افراد دارای معلولیت جسمی، به‌طور کلی اثر معناداری ندارد. با بررسی خرده‌مقیاس‌ها متوجه شدیم که این درمان‌ها بر تمام ابعاد حل مسئله اعم از درماندگی حل مسئله، مهارگری، سبک خلاقیت، اعتمادبه‌نفس، سبک اجتناب و رویارویی تأثیر مثبت داشته است. هامالاینین و همکاران (۸) در پژوهشی این‌طور تبیین کردند که آموزش مهارت‌های اجتماعی و فنی‌وحرفه‌ای بر گروهی از کارگران بزرگ‌سال که سواد دبیرستان داشتند، باعث شد توانایی حل مسائل و مشکلاتشان در محیط کار شش برابر بیشتر از کارگرانی شود که صرفاً تحصیلات دبیرستان داشتند و ثابت کردند این آموزش‌ها، روش‌های جدیدی برای فعال‌کردن خلاقیت و دیگر ابعاد حل مسئله در محیط کار و زندگی به آن‌ها داد.

نهایتاً به‌علت اینکه اکثر افراد دارای معلولیت جسمی گوشه‌گیرند و از اضطراب اجتماعی شدید رنج می‌برند (۶)، پیشنهاد می‌شود از گروه‌درمانی استفاده شود تا این افراد ملزم به مشارکت و صحبت در جمع شوند. در موارد حادتر اضطراب، می‌توان از درمان نوروفیدبک و بیوفیدبک نیز استفاده کرد که به نظر می‌رسد بسیار مؤثر باشد. از جمله محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر ارتباطی بود که افراد گروه آزمایش و کنترل در مؤسسه با هم داشتند. محدودیت زمانی نیز بسیار مهم بود و اینکه زمان کافی برای ارائهٔ بازخورد به تک‌تک افراد نبود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که این آموزش تلفیقی، سرسختی روان‌شناختی و شیوه‌های حل مسئله را در افراد دارای معلولیت جسمی به‌طور معنی‌داری افزایش می‌دهد. در پژوهش حاضر، از آموزش تلفیقی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی‌رفتاری استفاده شد. با توجه به نگرانی و دغدغه‌ای که اعضا دربارهٔ یافتن شغل مناسب داشتند، طی آخرین جلسات سه نفر ابراز کردند که توانسته‌اند در مصاحبهٔ شغلی پذیرفته شوند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.6.8]

References

1. Sargent LR. Social Skills for School and Community: Systematic Instruction for Children and Youth with Cognitive Delays. CEC Publications, Council for Exceptional Children;1998.
2. Behpazhouh A, Soleimani M, Afrouz GH, Lavasani M. The effectiveness of Social Skills training on Social adjustment academic performance late student. Journal of Educational Innovations. 2010;9(33):163-186.[Persian]
3. Caemmerer JM, Keith TZ. Longitudinal, reciprocal effects of social skills and achievement from kindergarten to eighth grade. Journal of school psychology. 2015;53:265-81. doi:10.1016/j.jsp.2015.05.001
4. Firuzehei K. Educable mentally retarded children educational content preparation for independent living Skills from the perspective of teachers and parent. Research on exceptional children. 2005;5(3):271-94. [Persian]
5. Kaplan S, Harol B. Summary of psychiatry and behavioral sciences Clinical Psychiatry. Amini H, Farzin R. First edition. Tehran: Press Arjmand; 2003.
6. Barry MM, Clarke AM, Jenkins R, et al. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. BMC public health. 2013;13:835. doi:10.1186/1471-2458-13-835
7. Kurtz MM, Mueser KT, Thime WR, et al. Social skills training and computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia. Schizophrenia research. 2015;162:35-41. doi:10.1016/j.schres.2015.01.020
8. Hämäläinen R, De Wever B, Malin A, et al. Education and working life: VET adults' problem-solving skills in technology-rich environments. Computers & Education. 2015;88:38-47. doi:10.1016/j.compedu.2015.04.013
9. Shoukouhifard S. Effectiveness of Psychological hardiness of the quality of life of students, teacher. Journal of Applied Psychology.2013;14(2):40-51. [Persian]
10. Kobasa C. Hardiness in lindsey, Thompson and spring. Psychology. New York: Worth Publishers. Lee YS, Laffery SC. Physical Activity in older Adults: Testing amodel, Nursing Research. 2008;55(2):110-20.
11. Merino-Tejedor E, Hontangas-Beltrán PM, Boada-Grau J, et al. Hardiness as a moderator variable between the Big-Five Model and work effort. Personality and Individual Differences. 2015;85:105-10. doi:10.1016/j.paid.2015.04.044
12. Garcia-Sanchez M. The Hardiness in People at Work as a Source of Corporate Communication for Image Building. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2014;155:48-52. doi:10.1016/j.sbspro.2014.10.254
13. Toyserkani Ravari M, Yonsei SJV, Loya Yousefi M. The efficacy social skills training in reducing the symptoms of conduct disorder family Therapy story based on family studies. Journal of family research. 2008;4(13):63-76. [Persian]
14. Zare H, Aminpour H. Psychological tests. Publishers Aeezh; 2011.
15. Zare H, Abdollahzade H. Quiz application in cognitive psychology. Tehran: Payame Nour University; 2014.
16. Khodayarifard M, Parand A. Tasir-e khanevade darmani ba takid bar rooykard-e shenakhti-raftari dar darman-e haras-e ejtemaee nojavanan (Motale moredi) [The impact of family therapy with emphasis on the cognitive - behavioral approach in treating adolescents with social anxiety disorder (case study)]. Journal of Psychology and Education. 2006;36(1,2):123-142. [Persian] https://jpsyedu.ut.ac.ir/article_25648.html
17. Wykes T, Huddy V, Cellard C, et al. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. American Journal of Psychiatry. 2011;168:472-85. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10060855
18. Shokoohi-Yekta M, Zamani N, Pourkarimi J. Effects of Problem-Solving Instruction on Improving Social Skills and Decreasing Behavioral Problems: A Single subject Study on slow-learner students. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2015;10(4). [Persian] doi:10.22051/psy.2015.1784
19. Pourakbari F, Khajvandkhoshli A, Asadi J. The relationship between hardiness and quality of life with death anxiety among nurses. Journal of Research in Nursing and Midwifery. 2013;11(2):53-9. [Persian]
20. Ghafourian M, Shrvi Z, Najme H, Hemati A, Vasam K. The relationship between hardiness with immune system cells. Journal of Isfahan Medical School. 2013;31(261):1812-20. [Persian]
21. Torabi Mazreh Malaki N, Tahmasian K, Bakhtyari M, Ghamkhar Fard Z, Amrolahinia M. The effectiveness of Group cognitive-behavioral therapy in increasing of perceived anxiety control in 11-13 girls with generalized anxiety disorder (GAD). Journal of Psychological Studies. 2015;11(1):29–50. [Persian] doi:10.22051/psy.2015.1792

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.6.8]