

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کفایت اجتماعی و شادکامی دانش‌آموزان

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کفایت اجتماعی و شادکامی دانش‌آموزان بود. روش پژوهش آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه شهرستان دزفول، در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ بودند. نمونه پژوهش ۴۰ نفر از کل دانش‌آموزان بودند که از طریق نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند، ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه کفایت اجتماعی فنلر (۱۹۹۰) و شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) بودند که به هر دو گروه آزمایش و گواه ارائه گردید. گروه آزمایش، با گروه‌درمانی شناختی رفتاری، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، آموزش داده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه از نظر عملکرد و شادکامی بود. در کل، یافته‌ها، نقش و اهمیت گروه‌درمانی شناختی- رفتاری را در افزایش کفایت اجتماعی و شادکامی دانش‌آموزان نشان داد.

کلیدواژه‌ها: کفایت اجتماعی، شادکامی، درمان شناختی- رفتاری، دانش‌آموزان.

محسن گل محمدیان*
استادیار گروه مشاوره و راهنمایی
دانشگاه رازی کرمانشاه (نویسنده
مسئول)
زهره فربد
کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۱۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۵

*نشانی: کرمانشاه، دانشگاه رازی،
دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی،
گروه مشاوره
رایانامه:
mgolmohammadian@gmail.com

Effectiveness of Group Cognitive Behavior Therapy Education on Social Competence and Happiness of High School Female Students

Abstract

The aim of the present study was to study the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on social competence and happiness of high school students. The method was experimental with pre-test and post-test design. The study sample included all female high school students in the 2014-2015 academic year. 40 female students were selected by multistage random sampling method and assigned in to tow groups randomly. The instruments were the social competence questioner (Flener, 1990) and Oxford Happiness scale (1989) which were presented to the both experimental and control groups. Experimental group provided with 8 sessions (90 minutes) with group cognitive behavior therapy. Findings through the analysis of covariance indicated the differences between two groups in social competence and happiness. On the whole, the findings indicated the role and importance of groups cognitive-behavioral therapy in increasing student's social competence and happiness.

Keywords: Social Competence, Happiness, Cognitive- Behavioral Therapy, Students.

Mohsen Golmohammadian*
Assistant professor, department of
counseling, Razi University

Zohreh Farbod
M.A in guidance & counseling

*Corresponding Author:
mgolmohammadian@gmail.com

مقدمه

مسئولیت‌پذیری جنسی، پذیرش توسط همسالان و شایستگی‌های کاری است (چیانگ^۶، لی^۷ و تاکیان^۸، ۲۰۱۰). توسعه کفایت اجتماعی به‌عنوان یکی از بهترین پیش‌بینی‌کننده موفقیت تحصیلی و اجتماعی و انجام رفتار در حال حاضر و آینده در نظر گرفته می‌شود (رانتانن^۹، اریکسون^{۱۰} و نایمن^{۱۱}، ۲۰۱۱). نقص در کفایت اجتماعی نقش عمده‌ای در سبب‌شناسی مسائل نوجوانان داشته و سبب می‌شود تا حد زیادی نسبت به فشارهای بیرونی و درونی آسیب‌پذیرتر شوند و مشکلات روانی، اجتماعی و رفتاری برای آن‌ها پدید آورد (بوتوین^{۱۲} و گریفین^{۱۳} و ویلیامز^{۱۴}، ۲۰۱۵؛ بوتوین و گریفین، ۲۰۱۲). از طرفی دیگر کمبود کفایت اجتماعی به‌صورت مشکلات رفتاری در نوجوانان بروز می‌کند. کفایت اجتماعی، دانش‌آموزان را قادر به انتخاب رفتارهای مناسب در زمینه‌های مختلف برای تفسیر مؤثر این نشانه‌های اجتماعی در موقعیت‌های مختلف و پیش‌بینی پیامد رفتارها برای خود و دیگران می‌کند و همچنین احساس باارزش بودن و فرصت شرکت در اجتماع را به فرد می‌دهد و محیط‌های اجتماعی، خانواده، مدرسه و جامعه را شامل می‌شوند (وستلینگ^{۱۵} و اندروس^{۱۶}، هامپسن^{۱۷} و پترسون^{۱۸}، ۲۰۰۸؛ وستلینگ، اندروس و پترسون، ۲۰۱۲).

نوجوانی دوره‌ای از تحول است که با تغییرات سریع فیزیولوژی، شناختی، هیجانی و رفتاری همراه است و به‌عنوان دوره آمادگی و کسب مهارت برای زندگی در بزرگسالی تعریف می‌شود (یاراحمدی، ۱۳۹۱). این دوره یکی از بحرانی‌ترین دوران زندگی فرد به شمار می‌رود، سپری کردن موفقیت‌آمیز این دوره مستلزم داشتن کفایت اجتماعی و توانایی است که فقدان آن‌ها عامل اساسی ناسازگاری و مشکلات انطباقی است. کفایت اجتماعی ممکن است در سرتاسر دوران نوزادی، بچگی، نوجوانی و بزرگسالی رشد و پیشرفت کند؛ که این نتیجه برای ارزیابی صلاحیت‌های مناسب هر سنی با انتخاب مسائل مهم هر دوره برای رشد ضروری خواهد بود (رنک^۱، فارس^۲، ۲۰۰۴). نوجوانانی که نمی‌توانند روابط موفقیت‌آمیزی با همسالان خود برقرار کنند، منبع مهمی از خشنودی و فرصت‌های قطعی برای اکتساب مهارت‌های ذهنی، جسمی و اجتماعی را نیز از دست می‌دهند (فیندلر^۳ و ویسنر^۴، ۲۰۰۵). کفایت اجتماعی^۵ شامل مجموعه مهارت‌هایی است که اکتساب آن‌ها سبب ارتقاء آگاهی اجتماعی افراد می‌شود، آگاهی که بر توانایی درک دیگران و برقراری ارتباط مؤثر با آن‌ها، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حفظ استقلال شخصی و مدیریت کردن روابط تمرکز می‌کند (پرندین، ۱۳۸۵). همچنین کفایت اجتماعی پایه و اساسی برای گسترش طیفی از پیامدهای مطلوب از قبیل اعتماد به نفس، رفاه اجتماعی، کیفیت دوستی،

6. Cheung
7. Lee
8. Tak-yan
9. Rantanen
10. Eriksson
11. Nieminen
12. Botvin
13. Griffin
14. Williams
15. Westling
16. Andrews
17. Hampson
18. Peterson

1. Renk
2. Phares
3. Findler
4. Weisner
5. Social Competence

شده‌اند. مفاهیم مهمی که این رویکردهای شناختی با آن‌ها سروکار دارند عبارت‌اند از ادراک‌های فرد از رویدادها، تغییر و اسناد فرد از رفتار خود، الگوهای فکری، بیانات شخصی و راهبردهای شناختی. به‌طور کلی مضمون اصلی نظریه‌های شناختی رفتاردرمانی و تغییر رفتار این است که تفکر افراد، چگونگی احساس و رفتار آن‌ها را تعیین می‌کند (سیف، ۱۳۷۴). نظریه‌های رفتاری، عوامل محیطی و نظریه‌های شناختی، افکار، ادراکات و تعبیرهای فرد از موقعیت‌ها را علل عمده رفتارهای بهنجار و نابهنجار می‌دانند. در این پژوهش تلفیقی از این دو رویکرد تحت عنوان رفتاردرمانی شناختی که دربرگیرنده آمیزه پیچیده‌ای از فنون شناختی و رفتاری است مورد بررسی قرار می‌گیرد. درمان شناختی رفتاری (CBT)^{۱۶}، نوعی روان‌درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، نائل گردند. درمان شناختی رفتاری عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارشان هستند را شناسایی کند و تغییر دهد. همچنین برنامه رفتاری-شناختی برای کمک به کسی که می‌خواهد بر افکار ناکارآمد خود غلبه کند، می‌تواند شامل آموزش مثبت اندیشی همراه با مواجهه زنده باشد. درمانگر به مراجع یاد می‌دهد که گفت‌وگوهای خودشکن درونی را با دستورات مثبت به خود جایگزین کند. رفتار درمانگران شناختی اتفاق نظر دارند که تغییر عقاید فرد برای ایجاد تغییری

از جمله متغیرهای مهم دیگر در جوانب فردی و اجتماعی نوجوانان، شادکامی^۱ است. شادکامی در نوجوانان از اهمیت زیادی برخوردار است و طبق بسیاری از تئوری‌های هیجان، شادکامی یکی از شش هیجان بزرگ یعنی تعجب، ترس، خشم، شادکامی، تنفر و نگرانی است. شادکامی یعنی دستیابی به هر آنچه افراد می‌خواهند و برخی مواقع سعادت معادل با شادکامی در نظر گرفته می‌شود (استوارت^۲ و واتسون^۳، ۲۰۱۰؛ استوارت، واتسون، کلارک^۴، ابی‌میر^۵ و دیاری^۶، ۲۰۱۰). در میان عوامل روان‌شناختی، شادکامی، در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت نقش مهمی دارد (پیگوراس^۷، کهن^۸، ویلارول^۹، استراتن^{۱۰} و کوچیپرس^{۱۱}، ۲۰۱۱). خوش‌بینی و مثبت‌گرایی در مقابله با فشارهای زندگی و غلبه بر ناملایمات روانی-اجتماعی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت، اصلاح سبک زندگی و درنهایت کاهش بروز بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی تأثیر دارد (پازاسکی^{۱۲}، استوکل^{۱۳}، مسودا^{۱۴} و تسروفلی^{۱۵}، ۲۰۱۰).

برای برخورد با مشکلات رفتاری و اختلال‌های روانی نظریه‌های متفاوتی وجود دارد، نظریه‌پردازان و درمانگران متأخر بر اهمیت فرایندهای شناختی تأکید ورزیده و برای آن‌ها نقش علیت در تبیین رفتار قائل

1. Happiness
2. Stewart
3. Watson
4. Clark
5. Ebmeier
6. Deary
7. Piqueras
8. Kuhne
9. Villarroel
10. Straten
11. Cuijpers
12. Posadzki
13. Stockl
14. Musonda
15. Tsouroufli

16. Cognitive behavior therapy

(۱۳۸۸)؛ بختیار نصرآبادی و پهلوان صادق (۱۳۹۱) در پژوهش‌های خود نشان دادند برنامه آموزشی شناختی-رفتاری فوردایس در افزایش شادی و بهبود کیفیت زندگی افراد مؤثر است. همچنین نتایج مطالعات حجت، شاکری، اکابری، کاظمی و نوروزی (۱۳۹۲) و آرگیل^{۱۰} (۱۹۹۰) حاکی از آن بوده که آموزش مهارت‌های جرأت‌ورزی بر افزایش شادکامی مؤثر است.

بیرامی و مرادی (۱۳۸۵) نیز در نتایج پژوهش خود نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی موجب ارتقاء کفایت اجتماعی شده است. نتایج پژوهش روک‌هیل^{۱۱}، واندراستیپ^{۱۲}، مک کالی^{۱۳} و کاتن^{۱۴} (۲۰۰۹) بیانگر آن بود که مداخله برای بهبود کفایت اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی به خصوص در جوانان با علائم افسردگی، بیماری افسردگی و علائم رفتاری باعث افزایش پیامدهای کارکردی آن‌ها می‌شود.

نظر به اهمیت شادکامی و کفایت اجتماعی در جوانب مختلف زندگی فردی، اجتماعی و تحصیلی دانش‌آموزان به‌عنوان قشر آینده‌ساز جامعه و همچنین قابلیت‌های درمان شناختی رفتاری، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کفایت اجتماعی و شادکامی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه

باثبات در رفتار مهم است. روش شناختی رفتاری شامل ترکیبی از راهبردهای رفتاری و شیوه‌های شناختی است و تلاش می‌کند رفتار آشکار را از طریق تغییر رفتار، تعبیر و تفسیرها، فرض‌ها و شیوه‌های پاسخ تغییر دهد (دابسون^۱ و دابسون، ۲۰۰۶). در این نوع درمان، به مراجع کمک می‌شود تا مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه برای مسائل مشابه آن در آینده، در خود رشد دهد. در جنبه‌هایی از درمان تأکید بر رفتار و در جنبه‌های دیگر تأکید بر شناخت می‌باشد (هاوتون^۲ و سالکوس^۳، ۱۳۸۲).

در راستای پیشینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری تحقیقات متعددی به چشم می‌خورد. در همین راستا اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری در خصوص متغیرهای متعددی از جمله کاهش اضطراب امتحان (ایزدی فرد و سپاسی آشتیانی، ۱۳۸۸)، کاهش پرخاشگری افراد مبتلا به ضربه سر (رحیمی، آقا محمدیان، مدرس و کارشکی، ۱۳۹۱)، کاهش افسردگی (رنجبر، اشک تراب و دادگری، ۱۳۸۸؛ سیگل^۴ و همکاران ۲۰۱۲)، افزایش سازگاری نوجوانان (نوربالا و آقا محمدیان شعرباف، ۱۳۷۶)، کاهش اضطراب اجتماعی (هربرت^۵، ۲۰۰۵؛ دام باگن^۶ و کرایمات^۷، ۲۰۰۰) و کنترل خشم (لینک^۸ و سونک^۹، ۲۰۰۳) تأیید شده است.

در راستای متغیر شادکامی نیز فرزادفر، مولوی و آتش پور (۱۳۸۵)؛ کامیاب، حسین‌پور و سودانی

10. Argyle
11. Rockhill
12. Vanderstoep
13. McCauley
14. Katon

1. Dobson
2. Howton
3. Salkovskis
4. Siegle
5. Herbert
6. Dam -baggen
7. Kraaimaat
8. Linkh
9. Sonnek

جلسه دوم. مقابله با افکار منفی و خودآیند. مرور تکلیف خانگی. بحث پیرامون افکار خودآیند و هیجانات ناشی از آنها با طرح سوالات بازپاسخ و گفتگوی سقراطی. آموزش خطاهای شناختی. تخصیص تکلیف خانگی. شناسایی خطاهای شناختی خود.

جلسه سوم. جایگزینی افکار منطقی. مرور تکلیف خانگی و بررسی خطاهای شناختی و کمک به آزمودنی‌ها جهت به چالش کشیدن و مقابله با افکار منفی و خودآیند. استفاده از پاسخ‌های عاقلانه و جایگزینی تفکر منطقی به منظور تغییر دادن رفتار کژ کار. تخصیص تکلیف خانگی.

جلسه چهارم. آموزش فن پیکان رو به پایین. مرور تکلیف خانگی - جهت دستیابی به باورهای بنیادین. آموزش فن پیکان رو به پایین، ارائه و تمرین جدول پیکان رو به پایین. تخصیص تکلیف خانگی.

جلسه پنجم. آموزش فن تحلیل سود و زیان. مرور تکلیف خانگی، آموزش فنون رفتاری درمان مانند فن تحلیل سود و زیان و فن بررسی شواهد، تعیین افکار جایگزین (مخالف ورز). تخصیص تکلیف خانگی. جلسه ششم. مثبت اندیشی: مرور تکلیف خانگی، آموزش شیوه‌های مثبت اندیشی و شناخت نقاط قوت خود و بازیابی نقش آن‌ها در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت‌نفس، با تمرین‌های زیر: جست‌وجوی روزانه برای سه نکته مثبت، روزانه از یک نفر تقدیر کنید، یک کار نیک انجام دهید، مراقب ذهنتان باشید: توجه به زمان حال بدون قضاوت درباره آن.

جلسه هفتم. آموزش تن آرامی (ریلاکسیشن): مرور تکلیف خانگی. آموزش تن آرامی از طریق شل کردن عضلات بدن به همراه تنفس عمیق و تصویرسازی مثبت تخصیص تکلیف خانگی.

آماره کلیه دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه شهرستان دزفول در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ بودند. برای نمونه‌گیری و انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای (چندمرحله‌ای) استفاده شد که از میان دبیرستان‌های دخترانه شهرستان دزفول، دو دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شده و از بین دانش‌آموزان پایه اول آن‌ها دانش‌آموزانی که در آزمون‌های کفایت اجتماعی و شادکامی نمره کمتری به دست آوردند غربال شدند و سپس به طور تصادفی ۴۰ دانش‌آموز انتخاب و در دو گروه ۲۰ نفر آزمایش و گواهی قرار داده شدند، به عنوان پیش‌آزمون، از هر دو گروه آزمایش و کنترل، آزمون کفایت اجتماعی فلنر^۱، لس^۲ و فیلیپس^۳ (۱۹۹۰) و شادکامی آکسفورد آرگیل، مارتین^۴ و کروسلند^۵ (۱۹۸۹) به عمل آمد و سپس به عنوان مداخله آزمایشی، آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) تحت گروه‌درمانی شناختی- رفتاری قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمودند و یک هفته پس از پایان آموزش مجدد از هر دو گروه، آزمون کفایت اجتماعی فلنر و شادکامی آکسفورد، به عنوان پس‌آزمون به عمل آمد. جلسات مداخله بر اساس مدل گروه‌درمانی شناختی- رفتاری (فری^۶، ۱۳۸۴) به شرح زیر بود:

جلسه اول. بیان قوانین گروهی از جمله رازداری، احترام و تشریح رابطه تفکر، احساس و رفتار، تمثیل چمدان و تشریح موقعیت‌های فرضی.

1. Felner
2. Lease
3. Philips
4. Martin
5. Grossland
6. Free

همبستگی بالایی بین تک‌تک سؤالات با کل آزمون دارد. در پرسشنامه کفایت اجتماعی هر سؤال دارای ۷ گزینه شامل: کاملاً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، نظری ندارم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم می‌باشد. روش نمره‌گذاری به شیوه لیکرتی می‌باشد و از سیستم ۱ تا ۷ پیروی می‌کند.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد. برای اندازه‌گیری شادکامی شیوه‌های گوناگونی به کار برده شده است. یکی از مقیاس‌هایی که برای اندازه‌گیری شادکامی ساخته شده، پرسشنامه شادکامی آکسفورد است. پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرگیل و همکاران (۱۹۸۹) از شادکامی بود. به باور آن‌ها این پرسشنامه نقطه مقابل پرسش‌نامه افسردگی بک^۱ (BDI) است. ۲۱ پرسش از پرسش‌های این پرسشنامه از BDI برگرفته شده و معکوس گردیده و ۱۱ پرسش به آن افزوده شده است تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. فرم نهایی پرسشنامه یا ۲۹ پرسش ۴ گزینه‌ای آماده شد که گزینه‌های آن به ترتیب از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و نمره هر آزمودنی بین ۰ تا ۸۷ قرار می‌گیرد در هر پرسش فرد درباره خود از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد قضاوت می‌کند (فرانیس^۲، برو^۳، لستر^۴ و فیلیپ‌چاک^۵، ۱۹۹۸). آرگیل و همکاران پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را طی ۷ هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنان ۰/۴۳٪ محاسبه شد. همچنین

جلسه هشتم. آموزش مهارت‌ها. خوشامدگویی، مرور تکلیف خانگی بحث پیرامون مهارت حل مسئله، ابراز وجود و کنترل هیجانات (خشم).

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه کفایت اجتماعی. این پرسشنامه ویژه نوجوانان است که یک ابزار ۴۷ سؤالی است و توسط پرندین (۱۳۸۵) بر اساس نظریه فلتر (۱۹۹۰) ساخته شده است. برآورد پایایی و روایی این آزمون توسط پرندین در استان تهران، بر روی ۴۵۰ نفر صورت گرفته است. جهت برآورد ضریب پایایی مقیاس، از دو روش آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی بین دو بار اجرا (باز آزمایی) استفاده شده است. از روش آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی مقیاس و خرده مقیاس‌ها استفاده گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی باز آزمایی این مقیاس (بعد از یک ماه) به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ گزارش شده است که نشان می‌دهد پرسشنامه از ضریب همسانی درونی قابل قبول و مطلوبی برخوردار است. در ایران نیز توسط پرندین با استفاده از تحلیل چهار عامل فوق مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین روایی سازه مقیاس به وسیله تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفته و مقدار آن برابر ۰/۸۳ هست. برای استفاده از روش پایایی علاوه بر ضریب آلفا، از باز آزمایی هم استفاده شده است. پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر آزمودنی در فاصله زمانی ۴ هفته اجرا گردید. ضریب همبستگی بین دو بار اجرا در باز آزمایی (۰/۸۹۹ = r) به دست آمده است. همچنین تمامی مقادیر مرتبط با همبستگی سؤالات با کل آزمون در راستای تحلیل مؤلفه‌های اصلی بالاتر از ۰/۵۰٪ قرار دارند که نشان از

3. Beck depression inventory

4. Francis

5. Brow

6. Lester

7. Philipchalk

(۲۵۳/۹۰) بیشتر است. همچنین در میانگین نمرات شادکامی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه در پیش‌آزمون گروه کنترل (۴۸/۰۵) و پیش‌آزمون گروه آزمایش (۴۷/۲۵) تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود؛ اما میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش (۶۰/۱۵) از گروه کنترل (۵۰/۷۵) بیشتر است.

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد مقدار F آزمون لوین (تساوی واریانس‌ها) هیچ‌کدام از متغیرها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. لذا فرض صفر رد نمی‌شود و آزمون معنادار نیست، در نتیجه تفاوت معناداری بین واریانس‌های دو گروه کنترل و آزمایش در پس‌آزمون دیده نمی‌شود. پس فرض یکسانی (تساوی) واریانس‌های نمره‌های دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد، به عبارت دیگر پیش‌فرض همگونی واریانس‌ها رعایت شده است. همچنین به منظور مقایسه توزیع داده‌های به‌دست آمده از پژوهش حاصل با توزیع نرمال از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است.

با توجه به اطلاعات حاصل از جدول فوق و با تأکید بر Z به‌دست آمده برای میزان متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. پس می‌توان به این نتیجه رسید که توزیع نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش نرمال است و پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است، لذا استفاده از تحلیل کوواریانس نیز مجاز شمرده می‌شود.

فرضیه اول پژوهش: درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه مؤثر است. در ادامه برای مطالعه معناداری تغییرات میانگین نمرات و کنترل پیش‌آزمون بر روی پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در جدول ۳ به نمایش درآمده‌اند.

از آنجا که شادمانی دارای سه بخش عاطفه مثبت، رضایت و نبود عاطفه منفی دانسته شده، همبستگی پرسشنامه شادکامی آکسفورد با مقیاس عاطفه مثبت برادبرن ۰/۳۲ با شاخص رضایت از زندگی آرگیل ۰/۵۷ و با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۵۲- محاسبه شده است (فرانسیس و همکاران، ۱۹۸۹). علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) پرسشنامه شادکامی آکسفورد را ترجمه و روایی صوری آن را به تأیید ۱۰ متخصص رساندند.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند جدول فراوانی و درصد و نمودار ستونی، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون لوین^۱، کولموگروف-اسمیرنوف^۲ و تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکوا) استفاده شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزار کامپیوتری «SPSS» استفاده شده است. ضمناً برای کلیه فرضیه‌ها سطح معناداری $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه می‌باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جداول زیر ارائه شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه در پیش‌آزمون گروه کنترل (۲۴۶/۲۵) و پیش‌آزمون گروه آزمایش (۲۴۳/۷۵) تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود؛ اما میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش (۲۷۱/۵۵) از گروه کنترل

1. Levene test
2. Kolmogorov-Smirnov

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۳۰/۹۱	۲۴۶/۲۵	۲۰	پیش‌آزمون	گروه کنترل
۲۱/۳۳	۲۵۳/۹۰	۲۰	پس‌آزمون	
۱۱/۴۷	۴۸/۰۵	۲۰	پیش‌آزمون	
۱۳/۴۱	۵۰/۷۵	۲۰	پس‌آزمون	گروه آزمایش
۲۸/۴۲	۲۴۳/۷۵	۲۰	پیش‌آزمون	
۲۷/۴۶	۲۷۱/۵۵	۲۰	پس‌آزمون	
۱۵/۱۴	۴۷/۲۵	۲۰	پیش‌آزمون	
۱۴/۳۳	۶۰/۱۵	۲۰	پس‌آزمون	

جدول ۲. نتایج آزمون لوین و کولموگروف - اسمیرنوف آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش

آزمون‌ها	آزمون لوین (برابری واریانس‌ها)	آزمون کولموگروف - اسمیرنوف (بررسی مفروضه نرمال بودن)				
متغیرهای پژوهش	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری	Z	سطح معناداری
شادکامی	۱/۷۴۷	۱	۳۸	۰/۱۹	۰/۸۸۵	۰/۴۱
کفایت اجتماعی	۰/۳۰۷	۱	۳۸	۰/۵۸	۰/۸۲۳	۰/۵۰

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات کفایت اجتماعی آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

توان آزمون	Eta ²	سطح معناداری	آزمون F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۵۳۳	۰/۱۳۶	۰/۰۶۷	۲/۹۰۴	۱۷۷۰۰/۴۵۰	۲	۳۵۴۰/۹۰۱	همگنی شیب رگرسیونی
۰/۱۰۳	۰/۰۱۳	۰/۴۹۷	۰/۴۷۰	۲۸۸/۵۱۶	۱	۲۸۸/۵۱۶	اثر پیش‌آزمون
۰/۶۰۳	۰/۱۲۳	۰/۰۲۸	۵/۲۰۴*	۳۱۹۱/۶۹۹	۱	۳۱۹۱/۶۹۹	بین‌گروهی
				۶۱۳/۳۵۸	۳۷	۲۲۶۹۴۴/۲۳۴	خطا
					۴۰	۲۷۸۷۰۷۵/۰۰	کل

(*p < ۰/۰۱, **p < ۰/۰۵)

پیش‌آزمون برابر با ۰/۴۷۰ است که از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. همچنین مقدار F در بین گروهی با کنترل پیش‌آزمون برابر ۵/۲۰۴ است که از نظر آماری معنادار می‌باشد. به عبارتی بین گروهی که درمان شناختی- رفتاری گروهی دیده‌اند (گروه آزمایش) با گروهی که درمان شناختی- رفتاری گروهی ندیده‌اند (گروه کنترل) تفاوت معناداری

همچنان که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود در سطر اول F مربوط به بررسی همگونی شیب رگرسیون برابر با ۲/۹۰۴ است که از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این نشان می‌دهد پیش‌فرض همگونی شیب خط رگرسیونی رعایت شده است. مقدار F میزان کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه شهرستان دزفول مربوط به ردیف اثر

وجود دارد) مرحله پس‌آزمون $F = 5/204$ و سطح معناداری $(p < 0/05)$. پس می‌توان چنین اظهار نمود و نتیجه گرفت که با اطمینان ۹۵٪ بین میانگین نمرات کفایت اجتماعی آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات شادکامی آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

توان آزمون	Eta^2	سطح معناداری	آزمون F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۵۶۲	۰/۱۴۴	۰/۰۵۷	۳/۱۰۰	۵۸۸/۸۷۳	۲	۱۱۷۷/۷۴۶	همگنی شیب رگرسیونی
۰/۵۱۳	۰/۱۰۲	۰/۰۴۸	۴/۱۸۳	۷۴۳/۷۰۱	۱	۷۴۳/۷۰۱	اثر پیش‌آزمون
۰/۶۰۷	۰/۱۲۴	۰/۰۲۸	۵/۲۴۷	۹۳۲/۹۴۹	۱	۹۳۲/۹۴۹	بین‌گروهی
				۱۷۷/۸۰۰	۳۷	۶۵۷۸/۵۹۹	خطا
					۴	۱۳۱۱۹۴/۰۰۰	کل

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش که با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی شناختی-رفتاری، بر کفایت اجتماعی و شادکامی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه صورت گرفت، نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مؤثر می‌باشد. یافته‌های حاصل از این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های صورت گرفته از سوی رحیمی و همکاران (۱۳۹۱)؛ رنجبر و همکاران (۱۳۸۸)؛ سیگل و همکاران (۲۰۱۲)؛ لینخ و سونک (۲۰۰۳) همسو می‌باشد. نوربالا و آقا محمدیان شهرباف (۱۳۷۶) نشان داد درمان شناختی رفتاری بر افزایش سازگاری نوجوانان مؤثر است. همچنین هربرت (۲۰۰۵) و دام باگن و کریمات (۲۰۰۰) نیز اثربخشی این رویکرد بر کاهش اضطراب اجتماعی را تأیید کرده‌اند. در تبیین این نتیجه می‌توان اذعان کرد از آنجاکه در ارتباطات اجتماعی، طرح‌واره‌های منفی می‌تواند عامل ایجاد عملکرد نامناسب در روابط

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، مقدار F در بین گروهی با کنترل پیش‌آزمون برابر $5/247$ است که از نظر آماری معنادار می‌باشد. به عبارتی بین گروهی که درمان شناختی-رفتاری گروهی دیده‌اند (گروه آزمایش) با گروهی که درمان شناختی-رفتاری گروهی ندیده‌اند (گروه کنترل) تفاوت معناداری وجود دارد) مرحله پس‌آزمون $F = 5/247$ و سطح معناداری $(p < 0/05)$. پس می‌توان چنین اظهار نمود و نتیجه گرفت که با اطمینان ۹۵٪ بین میانگین نمرات شادکامی آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود داشته است؛ که این تفاوت به نفع میانگین نمرات گروه آزمایش در افزایش میزان شادکامی، بعد از درمان شناختی-رفتاری گروهی می‌باشد. با توجه به یافته‌های فوق، فرضیه دوم پژوهش (درمان شناختی-رفتاری گروهی بر شادکامی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه مؤثر است) تأیید می‌شود.

برای تبیین این نتیجه همان‌طور که در تبیین نتیجه اول پژوهش گفته شد می‌توان چنین اذعان کرد که گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، با به چالش‌گیری و تغییر باورها، به‌گونه‌ای مؤثر در کاهش افسردگی کاربرد دارد زیرا این رویکرد اذعان دارد که حالت‌های افسردگی اغلب به وسیله افکار منفی و افراطی، تداوم و از راه تحریف در پردازش داده‌ها شدت می‌یابد (فری، ۱۳۸۴). لذا با تغییر باورهای منفی، شادی فرد افزایش می‌یابد، همچنین با آموزش مهارت‌هایی چون مقابله با خشم و مثبت‌اندیشی و فنون رفتاری درمان، مانند فن تحلیل سود و زیان و فن بررسی شواهد و تمرینات تن آرامی، افراد نسبت به رویدادهای محیط پیرامون خود، با خلاقیت و آرامش بیشتر و دید مثبت‌تری اندیشیده و نشاط بیشتری در خود می‌یابد که می‌توان نتیجه گرفت آموزش‌های گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش شادکامی دانش‌آموزان مؤثر می‌باشد.

کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اقتصادی و پیشرفت تحصیلی، جوّ خانوادگی دانش‌آموزان و نقش آن در شادکامی می‌تواند در پژوهش‌های بعدی موردتوجه پژوهشگران قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود رابطه هوش شادکامی و کفایت اجتماعی با متغیرهای دیگر از جمله عملکرد خانواده و همچنین مقایسه آن در دختران و پسران مورد بررسی قرار گیرد. همچنین گنجاندن درمان‌های شناختی رفتاری در برنامه مشاوره مدارس به‌منظور افزایش شادکامی و کفایت اجتماعی دانش‌آموزان ضروری می‌نماید.

اجتماعی باشد و از آنجاکه افراد عمدتاً از لحاظ باورهای مختل در مورد کارآمدی خود و نه از لحاظ مهارت‌های اجتماعی واقعی با دیگران متفاوت‌اند، وقتی افراد باورهایی در مورد کارآمدی اجتماعی خود شکل می‌دهند، موفقیت‌ها و شکست‌های اجتماعی خود را هماهنگ با این باورها تعبیر می‌کنند. لذا با توجه به اینکه گروه‌درمانی شناختی- رفتاری یکی از روش‌های مهمی است که با دارا بودن آموزش‌هایی چون نحوه شناسایی افکار منفی خودکار (طرح‌واره‌های منفی)، به چالش کشیدن و مقابله با آن‌ها، شناسایی تحریف‌های شناختی، استفاده از پاسخ‌های عاقلانه و جایگزینی تفکر منطقی به‌منظور تغییر دادن رفتار کژکار از طریق تغییر دادن تفکر غیرمنطقی، همچنین آموزش و مهارت ابراز وجود و حل مسئله، باعث می‌شود فرد نسبت به توانایی‌های خود اعتماد کند و با دید مثبت‌تری نسبت به خود، روابط اجتماعی را برقرار نماید که این امر باعث تغییر و اصلاح برداشت افراد از رویدادهای محیط پیرامون خود شده و به‌گونه‌ای مؤثر در افزایش کفایت اجتماعی کاربرد دارد.

دومین یافته در پژوهش حاضر آن است که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر شادکامی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه مؤثر بود. در همین راستا این یافته با نتایج به‌دست‌آمده در تحقیقات متعددی از جمله فرزادفر و همکاران (۱۳۸۵)؛ کامیاب و همکاران (۱۳۸۸) و بختیار نصرآبادی و پهلوان صادق (۱۳۹۱)؛ و آرگیل (۱۹۹۰) همسو می‌باشد.

منابع

ایزدی فرد، راضیه، سپاسی آشتیانی، میترا. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با آموزش مهارت حل مسئله در کاهش اضطراب امتحان، علوم رفتاری، ۴، (۲۳)، ۱۲-۱.

- بختیارنصرآبادی، حسنعلی، و پهلوان صادق، اعظم. (۱۳۹۱). تأثیر سطح تحصیلات و آموزش برنامه شادی فوردایس بر افزایش نشاط، *مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، دانشگاه سیستان و بلوچستان، با همکاری انجمن روان‌شناسی ایران، ۴۰-۹۲.
- بیرامی، منصور، و مرادی، علیرضا. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کفایت اجتماعی دانش‌آموزان. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۱(۴)، ۴۷-۶۷.
- پرن‌دین، شیمیا. (۱۳۸۵). *ساخت و هنجار کفایت اجتماعی در نوجوانان شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- حجت، سید کاوه، شاکری، مریم، اکبری، آرش، کاظمی، سرور، و نوروزی خلیلی، مینا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی جرات ورزی بر شادکامی دختران نوجوان روستایی دارای والدین معتاد، *همایش منطقه‌ای اعتیاد*. ۱۲ اسفند، ۱-۱۳.
- رحیمی، سمیه، آقامحمدیان، حمیدرضا، مدرس، مرتضی، و کارشکی، حسین. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری مبتلایان به ضربه سر، *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۲(۵)، ۲۳-۳۳.
- رنجبر، پریدخت، اشک‌تراب، طاهره، و دادگری، آتنا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر میزان افسردگی، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۲۹۹-۳۰۶.
- سیف، علی‌اکبر. (۱۳۷۴). *تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه‌ها و روش‌ها*. تهران: دانا.
- علی‌پور، احمد، و نوربالا، احمد. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه تهران. *مجله روان‌پزشکی اندیشه و رفتار*، ۵(۱۷)، ۵۵-۵۶.
- فرزادفر، منیر، مولوی، حسین، و آتش‌پور، سید حمید. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش شادمانی به شیوه فوردایس بر کاهش افسردگی زنان بی‌سرپرست شهر اصفهان، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱(۳۰): ۳۹-۵۰.
- فری، مایکل. (۱۳۸۴). *راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی* (ترجمه مسعود محمدی). تهران: رشد (سال انتشار اثر به زبان اصلی: ۲۰۰۵).
- کامیاب، زهره، حسین‌پور، محمد، و سودانی، منصور. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش شادمانی به شیوه فوردایس برافزایش شادمانی بیماران مبتلا به دیابت شهرستان بهبهان، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۴۲)، ۱۰۸-۱۲۳.
- هاوتون، کیت، و سالکوس، کیس. (۱۳۸۲). رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی (ترجمه حبیب‌آقا قاسم زاده). تهران: ارجمند (سال انتشار اثر به زبان اصلی: ۲۰۰۱).
- یار احمدی، نسرین. (۱۳۹۱). ارتقای توانمندی‌های فردی و اجتماعی و سلامت عمومی نوجوانان از طریق افزایش کفایت اجتماعی آنان. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۳)، ۱-۱۰.
- نوربالا، احمدعلی، و آقا محمدیان شرف‌یاب، حمیدرضا. (۱۳۷۶). مقایسه دو روش روان‌درمانی گروهی با رویکرد تحلیل روانی و شناختی بر افزایش سطح سازگاری اجتماعی نوجوانان. *دانشور پزشکی*، ۴(۱۵)، ۱-۶.
- Argyle, M. (1990). Happiness and social skills. *Journal of Personality and individual differences*. 11(12): 1255- 61.
- Argyle, M., Martin, M., R., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas & R. J. M. Innes (Eds). *Recent advances in social psychology: An international perspective*, North Holand: Elsevier.
- Botvin, G.J. & Griffin, K.W. (2012). Long-term outcomes from Blueprints model programs: Life Skills Training. *Presented at 2012 Blueprints for Violence Prevention conference. San Antonio, TX, 11- 14.*
- Botvin, G.J., Griffin, K.W., Williams, C. (2015). Preventing Daily Substance Use among High School Students Using a Cognitive-Behavioral Competence Enhancement Approach. *World Journal of Preventive Medicine*, 3(3), 48-53.
- Cheung, Chau-kiu. & Lee, Tak-yan. (2010). Improving Social Competence through Character Education. *Journal of Evaluation & Program Planning*, 33, 255 – 363.

- Dam-Baggen, R. & Kraaimaat, F.(2000). Group Social Skills Training or Cognitive Group Therapy as the Clinical Treatment of Choice for Generalized Social phobia, *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 14, (5), 437- 451.
- Dobson, K. S., & Dobson, D. J. G. (2006). Empirically supported treatments: Recent developments in the cognitive-behavioural therapies, and implications for evidence-based psychotherapy. In D. Loewenthal & D. Winter (Eds.), *What is psychotherapeutic research?* London: Karnac Books.
- Feindler, E. L., & Weisner, S. (2005). *Youth anger management treatments for school violence prevention*. Unpublished manuscript.
- Felner, R. D., Lease, A. M., Philips, R. C. (1990). Social Competence and the Language of Adequacy as a subject Matter for Psychology: A Quadripartite Travel Framework. In T. P. Gullotta. G. R. Adams, & R Montemayor (Eds), *The Development of Social Competence* (pp. 254-264). Beverly -Hills: Sage.
- learning disabilities: a qualitative analysis of a 20-year longitudinal study. *Journal of Learn. Disable. Res. Pract*, 18, 222– 236.
- Francis, L. J., Brow, L. B., Lester, D., & Philipchalk, R. (1998). “Happiness as stable extraversion: A cross-cultural examination of the reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among students in the U. K., U. S. A., Australian, and Canada”. *Journal of Personality and Individual Differences*, 24, 167- 171.
- Herbert, J.D. (2005). Gaudiano, B.A.; Rheingold, A.A. & Myers, V.H. (2005). Social Skills Training Augments the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Behavior Therapy*, Volume 36, Issue 2, Spring 2005, Pages 125- 138.
- Linkh, D., & Sonnek, S. (2003). An application of cognitive-behavioral anger management training in a military/occupational setting: Efficacy and demographic factors. *Journal of Military Medicine*, 168(6), 475- 478.
- Piqueras, J.A, Kuhne W, Vera-Villarroel P, van Straten A, Cuijpers P. (2011). Happiness and health behaviours in Chilean college students: A cross-sectional survey. *Journal of BMC public health*. 2411, 11(1),443- 450.
- Posadzki P, Stockl A, Musonda P, Tsouroufli M. (2010). A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(3), 246- 52.
- Rantanen, K., Eriksson, K & Nieminen, P. (2011). Cognitive impairment in preschool children with epilepsy. *Epilepsia*, 52, 1499– 1505.
- Renk, K. & Phares. V. (2004). Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents, *Journal of Clinical Psychology Review*, 24 (20), 239– 254.
- Rockhill, C., Vander Stoep, A., McCauley, E., Katon, W. (2009). Social skills and social support as mediators between comorbid depressive and conduct problems and functional outcomes in middle school children, *Journal of Adolescence* 32, 535- 553.
- Siegle G. J., Thompson W. K., Collier A., Berman S. R., Feldmiller J., Thase M. E., et al. (2012). Toward clinically useful neuroimaging in depression treatment prognostic utility of subgenual cingulate activity for determining depression outcome in cognitive therapy across studies, scanners, and patient characteristic ssgacc and cognitive therapy outcome. *Journal of Arch. Gen. Psychiatry*, 69, 913–924.
- Stewart, M.E, Watson R, Clark A, Ebmeier, K.P, Deary, I.J. (2010). A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. *Journal of Personality and Individual Differences*, 2414, 48 (2),845-8.
- Stewart, M.E, Watson. R. (2010). A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. *Journal of Personality and Individual Differences*, 48, 845–848.
- Westling, E., Andrews, J.A., Hampson, S.E, Peterson, M.(2008). Pubertal timing and substance use: The effects of gender, parental monitoring, and deviant peers. *Journal of Adolescent Health*, 42(6),555– 563.
- Westling, E., Andrews J.A., & Peterson, M. (2012). Gender differences in pubertal timing, social competence, and cigarette use: a test of the early maturation hypothesis. *Journal of Adolescent Health*, 12, 149– 155.