

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روانی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار

حسن همتی‌نژاد^۱، علی زینالی^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۱/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۳/۳۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سلامت روانی مادران دارای دانش‌آموزان نوجوان بزهکار به دلیل مواجهه با مشکلات فراوان کاهش می‌یابد. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روانی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش همه مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر ارومیه در سال ۱۳۹۴ بودند. در مجموع ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای با روش شناختی رفتاری آموزش دید. هر دو گروه چک‌لیست تجدیدنظرشده سلامت روانی را به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری به‌طور معنی‌داری باعث بهبود سلامت روانی و ابعاد حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار شد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری می‌تواند در بهبود سلامت روانی و ابعاد حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار مؤثر باشد. بنابراین مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش مذکور در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، سلامت روان، مادران، دانش‌آموز، نوجوان بزهکار

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره پنجم، ص ۳۰۴-۲۹۶، مرداد ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. ۰۹۱۴۳۴۰۹۱۷۱

Email: a.zeinali@iaurmia.ac.ir

مقدمه

می‌شود. اگر رفتار انحرافی توسط بزرگسالان انجام شود آن را جرم و اگر توسط کودکان و نوجوانان انجام شود آن را بزهکاری می‌نامند (۳). نوجوانی استرس‌زا و مرحله گذر از مرحله کودکی به بزرگسالی است و بزهکاری نوجوانان پیامدهای نامطلوبی به‌ویژه بر روی سلامت روان مادران دارد (۴).

ادبیات پژوهشی در حوزه روانشناسی سلامت نشان می‌دهد در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی برای فهم عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت انجام شده است (۵). طبق رویکرد جدید سازمان بهداشت جهانی سلامتی نه‌فقط به معنای عدم وجود بیماری، بلکه به معنای حالت رفاه و آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است. بنابراین در ارزیابی سلامت افراد نباید فقط به شاخص‌های سنتی سلامتی نظیر میزان مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری توجه کرد، بلکه باید به ادراک

خانواده اولین پایه‌گذار شخصیت، ارزش‌ها و معیارهای فکری کودک است و کنش‌های متقابل میان والدین و فرزندان اساس تحول عاطفی کودک تلقی می‌شود و این کنش متقابل در تمام مراحل عمر خود را نشان می‌دهد. از جمله مراحل مهم مرحله نوجوانی است که مرحله استرس‌آور برای والدین و نوجوانان می‌باشد (۱). یکی از مسائل که بسیار ناراحت‌کننده که روزبه‌روز افزایش می‌یابد، مسئله بزهکاری نوجوانان است. آمارهای منتشرشده نشان می‌دهد علی‌رغم بهبود وضع زندگی به لحاظ رشد اجتماعی و فرهنگی و توسعه مراکز خدمات روان‌شناختی، باز آمار بزهکاری نوجوانان بسیار بالا می‌باشد (۲). از دیدگاه جامعه‌شناسی، انحراف اجتماعی به معنای عدم پیروی از هنجارهای اجتماعی است و به دو دسته بزهکاری و جرم تقسیم

^۱ گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

^۲ گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

دانش‌آموزان با اختلال یادگیری گزارش کردند که این شیوه آموزشی باعث بهبود سلامت روان دانش‌آموزان شد (۱۷). یابوند حسنی و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش اختلالات رفتاری افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبیا، افکار پارانوییدی، حساسیت در روابط متقابل، وسواس - اجبار و روان‌پریشی شد (۱۸). اما پژوهش ناظر و همکاران حاکی از عدم اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان بود. آنان ضمن پژوهشی درباره آموزش سبک‌شناختی رفتاری بر میزان استرس و سلامت روان والدین دارای فرزند ناتوانی ذهنی به این نتیجه رسیدند که این شیوه آموزشی در مرحله پیگیری باعث بهبود استرس و سلامت روان والدین نشد (۱۹).

از یک‌سو آمار بزهکاری نوجوانان بالاست و هر روز بیشتر می‌شود که این مسئله، مسئله‌ای چالش‌انگیز و نیازمند برنامه‌ریزی مناسب می‌باشد (۲) و از سوی دیگر درمان شناختی رفتاری یکی از روش‌های مؤثر و کارآمد در بهبود اکثر ویژگی‌های روان‌شناختی است. همچنین همان‌طور که در بالا ذکر شد نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان متناقض می‌باشد و علاوه بر آن اکثر پژوهش‌ها سلامت روان را به‌صورت کلی بررسی کردند و به بررسی ابعاد آن نپرداختند، لذا این پژوهش به بررسی ابعاد سلامت روان می‌پردازد. در نتیجه هدف کلی این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روان (و ابعاد آن) مادران دارای دانش‌آموزان نوجوان بزهکار بود. بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روان (و ابعاد آن) مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش همه مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر ارومیه در سال ۱۳۹۴ بودند. حداقل حجم نمونه لازم برای انجام کارهای مداخله ۱۵ نفر می‌باشد (۲۰)، لذا در این پژوهش ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به دلیل دسترسی به همه اعضای و کاهش خطای نمونه‌گیری آن در مقایسه با سایر روش‌های نمونه‌گیری انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از رایزنی‌های فراوان و پس از هماهنگی با رئیس کانون اصلاح و تربیت شهر ارومیه از وی نامه همکاری با پژوهشگر گرفته شد. سپس بعد از تبلیغات لازم از میان متقاضیان شرکت در پژوهش پس از مدت ۲ ماه و پس از بیان هدف و دریافت رضایت‌نامه شرکت در پژوهش،

افراد از کیفیت زندگی نیز توجه کرد (۶). با اینکه سلامت عمومی به معنای تأثیر متقابل و پویا بین رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی است، اما سلامت روانی به معنای قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی است، به‌طوری‌که فرد در زندگی منطقی، دارای معنا و باهدف باشد (۷). شخصی از سلامت روانی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور باشد و بتواند با دیگران ارتباط سازنده داشته باشد و با فشارهای زندگی مقابله کند (۸).

با توجه به افت سلامت روان والدین دارای نوجوان بزهکار یکی از روش‌هایی که می‌تواند باعث بهبود سلامت روان آنان شود، روش درمان شناختی رفتاری است. این روش یکی از روش‌های پرکاربرد و اثربخش برای بهبود اکثر ویژگی‌های روان‌شناختی می‌باشد (۹). درمان شناختی رفتاری بر نوعی رفتاردرمانی مبتنی است که در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی به وجود آمده و نشان‌دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به‌عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست. هدف این شیوه درمانی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (۱۰). درمان شناختی رفتاری بر این نکته تأکید می‌ورزد که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند (۱۱). این شیوه درمانی تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه فرد بتواند این افکار تحریف‌شده و ناکارآمد را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته استفاده می‌کند (۱۲). درمان شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت‌نفس، حل مسئله، خودنظم‌دهی، خودکفایتی و سلامت روان مؤثر است (۱۳). اکثر پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان بودند. برای مثال کاربون و همکاران ضمن پژوهشی درباره بهبود سلامت روان و نوجوانان مبتلا به صرع از طریق درمان شناختی رفتاری به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث بهبود سلامت نوجوانان صرعی شد (۱۴). در پژوهشی دیگر میکوکا-والوس و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود سلامت روانی شد (۱۵). هاشمی و همکاران در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری به این نتیجه رسیدند که هر دو شیوه درمانی باعث بهبود شادکامی و سلامت روان شد (۱۶). عاشوری و همکاران ضمن پژوهشی درباره تأثیر آموزش شناختی رفتاری بر سلامت روان

شده یا نامعتبر بودند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای با روش شناختی رفتاری آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. محتوی این شیوه مداخله توسط تایلر و همکاران ساخته و توسط گلشنی در دانش‌آموزان نوجوان شهر اصفهان مورد استفاده و تأیید شد (۲۱). در جدول ۱ محتوی جلسات درمان شناختی رفتاری به تفکیک جلسات ارائه شد.

۳۰ نفر با روش تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه مساوی قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل بزهکار بودن، برخورداری از سلامت جسمی، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و عدم رخداد تنش‌زا مانند طلاق یا مرگ عزیزان در شش ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، مصرف داروهای روانپزشکی، غیبت بیش از دو جلسه و دستیابی به پرسشنامه‌های ناقص تکمیل

جدول (۱): محتوی جلسات درمان شناختی رفتاری به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی
جلسه اول	ضمن معارفه و آشنایی، تمایز بین افکار و احساسات و درجه‌بندی آن‌ها آموزش داده شد.
جلسه دوم	افکار خودآیند و خطاهای شناختی مورد بحث و بررسی قرار گرفتند.
جلسه سوم	خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد مورد ارزیابی قرار گرفتند و درباره سود و زیان آن‌ها بحث شد.
جلسه چهارم	بازسازی خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد آموزش داده شد و شواهد تأیید کننده یا رد کننده آن‌ها بررسی شد.
جلسه پنجم	ایفای نقش و فن و کیل مدافع باهدف دفاع از افکار خود آموزش داده شد.
جلسه ششم	برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌ها، شروع فعالیت‌های راکد مانده و داشتن نگرش خنثی به مشکلات آموزش داده شد.
جلسه هفتم	حل مسئله و شیوه‌های حل مسئله آموزش داده شد.
جلسه هشتم	خطاهای منطقی ارزیابی شدند و علاوه بر آن کنترل خشم و شیوه مقابله با آن آموزش داده شد.
جلسه نهم	شناسایی استرس و شیوه‌های مقابله با آن آموزش داده شد.
جلسه دهم	مهارت‌های ارتباطی، موانع ارتباط و انواع سبک‌های ارتباطی آموزش داده شد.
جلسه یازدهم	آرمیدگی یا ریلکسشن و شیوه‌های حل تعارضات بزهکاران آموزش داده شد.
جلسه دوازدهم	برقراری ارتباط مؤثر با روش ایفای نقش آموزش داده شد و به جمع‌بندی مطالب جلسات قبل پرداخته شد.

ابزار، پایایی کلی و ابعاد نه‌گانه را به روش بازآزمایی، آلفای کرونباخ و کودر ریچاردسون ۲۰ در حد مطلوب و در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش کردند (۲۲). انیسی و همکاران ضمن تأیید روایی هم‌زمان ابزار با پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا، پایایی کل آن و ابعاد حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۸، ۰/۸۷، ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۷۹ گزارش کردند (۲۳).

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-19 در سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ استفاده شد. برای این منظور از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها و از تحلیل کوواریانس برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۳۰ (هر گروه ۱۵ نفر) مادر دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر ارومیه بودند. در گروه

لازم به ذکر است که پس از پایان هر جلسه برای آزمودنی‌ها تکلیف خانگی در نظر گرفته شد و در ابتدای جلسه بعد ضمن بررسی آن‌ها، به آنان بازخورد سازنده داده شد. با رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و دریافت رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش از ابزار زیر برای اندازه‌گیری سلامت روانی استفاده شد.

چک‌لیست تجدیدنظرشده سلامت روانی^۱: این ابزار توسط

دروگاتیس و همکاران طراحی شد که دارای ۹۰ گویه و ۹ بعد می‌باشد. در این پژوهش فقط از چهار بعد حساسیت در روابط متقابل (۹ گویه)، افسردگی (۱۳ گویه)، اضطراب (۱۰ گویه) و ترس مرضی (۷ گویه) استفاده شد. این ابزار با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از صفر (هیچ) تا چهار (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و نمره ابعاد با میانگین گرفتن از نمره گویه‌های آن بعد به دست می‌آید و نمره بالاتر حاکی از سلامت روان پایین‌تر و نمره پایین‌تر حاکی از سلامت روان بالاتر است. آنان ضمن تأیید روایی محتوایی و صوری

^۱. Revised Mental Health Checklist

کارشناسی (۱۳/۳۳ درصد) بود. در جدول ۲ شاخص آماری میانگین و انحراف استاندارد سلامت روانی (و ابعاد) گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شد.

آزمایش تحصیلات ۳ نفر سیکل (۲۰ درصد)، ۷ نفر دیپلم (۴۶/۶۷ درصد)، ۲ نفر کاردانی (۱۳/۳۳ درصد) و ۳ نفر کارشناسی (۲۰ درصد) و در گروه کنترل تحصیلات ۲ نفر سیکل (۱۳/۳۳ درصد)، ۹ نفر دیپلم (۶۰ درصد)، ۲ نفر کاردانی (۱۳/۳۳ درصد) و ۲ نفر

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد سلامت روانی (و ابعاد آن) گروه‌ها در مراحل آزمون

گروه‌ها	سلامت روانی		حساسیت در روابط		افسردگی		اضطراب		ترس مرضی	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمای	۳۱±۰/۵۲	۴۷±۰/۲۹	۱۷±۰/۷۶	۴۹±۰/۵۰	۶۳±۰/۸۱	۵۵±۰/۵۴	۵۶±۰/۸۳	۴۴±۰/۳۵	۶۶±۰/۴۱	۲۵±۰/۳۳
ش	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰
کنترل	۵۲±۰/۵۹	۵۶±۰/۵۲	۵۵±۰/۸۴	۵۵±۰/۸۴	۹۹±۰/۸۹	۱۰۷±۰/۷۰	۶۲±۰/۸۸	۶۸±۰/۸۷	۱۰۴±۰/۹۰	۱۰۶±۰/۸۵
	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۱	۱	۱

هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار می‌باشد. همچنین نتایج آزمون لوین و آزمون M باکس معنی‌دار نبود که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن بودند که فرض برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس‌های کوواریانس برقرار است. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و ابعاد آن ارائه شد.

بر اساس نتایج جدول ۲، در مرحله پس‌آزمون میانگین متغیرهای سلامت روانی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی گروه آزمایش کم‌تر از گروه کنترل بود. با توجه به اینکه در این متغیرها نمره پایین‌تر حاکی از مطلوب‌تر بودن آن‌ها است، لذا پس از مداخله گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای مذکور وضعیت بهتری دارد. پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری پیش فرض‌های آن مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گروه‌های آزمایش و کنترل برای متغیرهای سلامت روان و ابعاد آن

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	احتمال	مجذور اِتا
سلامت روانی	۲۳۶۰۳/۹۳۰	۱	۲۳۶۰۳/۹۳۰	۱۲/۷۰۲	۰/۰۰۲	۰/۷۰۸
حساسیت در روابط متقابل	۴۱۷۴/۳۸۵	۱	۴۱۷۴/۳۸۵	۷/۳۱۸	۰/۰۱۲	۰/۵۴۹
افسردگی	۴۲۱/۸۴۵	۱	۴۲۱/۸۴۵	۹/۶۳۳	۰/۰۰۵	۰/۶۲۲
اضطراب	۱۹۶/۸۷۳	۱	۱۹۶/۸۷۳	۸/۶۱۴	۰/۰۰۷	۰/۵۸۱
ترس مرضی	۵۴۶/۲۰۱	۱	۵۴۶/۲۰۱	۴/۳۶۵	۰/۰۴۷	۰/۴۷۳

سلامت روانی به‌صورت کلی و ابعاد حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار شد. به‌عبارت‌دیگر درمان شناختی رفتاری باعث افزایش سلامت روانی و کاهش حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار شد ($p < ۰/۰۵$).

بحث

بر اساس نتایج جدول ۳، شیوه درمانی شناختی رفتاری بر سلامت روانی به‌صورت کلی و ابعاد حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی تأثیر معنی‌دار داشت. در نتیجه با توجه به مجذور اِتا می‌توان گفت که ۷۰/۸ درصد تغییرات در سلامت روانی به‌صورت کلی، ۵۴/۹ درصد تغییرات در حساسیت در روابط متقابل، ۶۲/۲ درصد تغییرات در افسردگی، ۵۸/۱ درصد تغییرات در اضطراب و ۴۷/۳ درصد تغییرات در ترس مرضی ناشی از تأثیر درمان شناختی رفتاری است. بنابراین درمان شناختی رفتاری باعث بهبود

شیوه درمانی باعث کاهش حساسیت در روابط متقابل شد (۲۵). دلایل موفقیت درمان شناختی رفتاری در کاهش حساسیت در روابط متقابل این است که عمده مشکلات افراد، مشکلات بین‌فردی می‌باشد و این شیوه درمانی با حل تعارضات بین‌فردی از طریق آموزش فونونی چون مهارت‌های حل مسئله، مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر، مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، مثبت‌نگری و بازسازی شناختی به افراد کمک می‌کند نه تنها با مشکلات موجود به شیوه‌ای کارآمد مقابله کنند، بلکه از مواجهه نامناسب با هر نوع مشکل احتمالی دیگر جلوگیری می‌کند. در نتیجه درمان شناختی رفتاری باعث تعدیل حساسیت در روابط متقابل می‌شود.

یافته‌های دیگر نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث کاهش افسردگی شد که این یافته با یافته پژوهش‌های یاوندحسینی و همکاران (۱۸)، طلائی و همکاران (۲۶) و استراچوفسکی و همکاران (۲۷) همسو بود. برای مثال طلائی و همکاران ضمن پژوهشی درباره تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی زنان ناباور به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش افسردگی زنان ناباور شد (۲۶). در پژوهشی دیگر استراچوفسکی و همکاران ضمن بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی بیماران سالمند گزارش کردند که این شیوه درمانی باعث کاهش افسردگی در بیماران سالمند دچار هذیان‌گویی شد (۲۷). در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی دابسون و همکاران بیان کردند وجود مؤلفه مهم فعال‌سازی رفتاری همراه با درمان‌های شناختی عامل کاهنده افسردگی از ابتدای درمان و نیز عامل تداوم‌دهنده اثرات این درمان‌ها در کاهش خلق افسرده بعد از درمان است. بنابراین می‌توان استدلال کرد که توجه به هیجانات و نگرش‌های منفی راه‌انداز خلق افسرده همراه با تقویت رفتارهای فعال و کارآمد فرد افسرده منجر به افزایش خودکارآمدی و تغییر شناخت‌های ناکارآمد و درنهایت باعث تغییر خلق افسرده به خلق متعادل می‌گردد (۲۸).

سایر یافته‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث کاهش اضطراب شد که این یافته با یافته پژوهش‌های یاوندحسینی و همکاران (۱۸) و پیترمن و همکاران (۲۹) همسو بود. برای مثال یاوندحسینی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند درمان شناختی رفتاری باعث کاهش اضطراب شد (۱۸). در پژوهشی پیترمن و همکاران ضمن بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب نوجوانان گزارش کردند که این روش باعث کاهش اضطراب نوجوانان شد (۲۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مبتلا به اضطراب الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ‌دهی به محیط را یاد گرفته و فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هستند، لذا فرد مبتلا به اضطراب به جای رفتار سازنده مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی

افزایش روزافزون آمار بزهکاری مسئله‌ای است که سلامت روانی خانواده‌ها به‌ویژه مادران را به دلیل مواجهه با مشکلات فراوان ناشی از بزهکاری کاهش می‌دهد. بنابراین این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روانی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر ارومیه می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود سلامت روانی و ابعاد آن یعنی حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار شد. یافته‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث بهبود سلامت روانی شد که این یافته با یافته پژوهش‌های کاربون و همکاران (۱۴)، میکوکا-والوس و همکاران (۱۵)، عاشوری و همکاران (۱۷) و مصلی‌نژاد و همکاران (۲۴) همسو و با یافته پژوهش ناظر و همکاران (۱۹) همسو بود. برای مثال مصلی‌نژاد و همکاران ضمن پژوهشی درباره تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سلامت روانی و سرسختی به این نتیجه رسیدند درمان شناختی رفتاری باعث بهبود سلامت روانی و سرسختی زنان ناباور تحت درمان شد (۲۴). در پژوهشی دیگر عاشوری و همکاران گزارش کردند آموزش شناختی رفتاری باعث بهبود سلامت روان دانش‌آموزان شد (۱۷). در مقابل ناظر و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند آموزش به سبک‌شناختی رفتاری در مرحله پیگیری باعث بهبود سلامت روان والدین نشد (۱۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری شامل کنترل و نظم‌بخشی به عواطف و احساسات، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط مؤثر و خودکنترلی می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی و خودکارآمدی را دربرمی‌گیرد و در اثر تعامل شخص با محیط منجر به ارتقا بهداشت روانی افراد می‌گردد. در نتیجه اگر افراد توسط برنامه شناختی رفتاری در مسیر مناسبی هدایت شوند از عوامل تهدید کننده سلامت روان آنان کاسته می‌شود و سلامت روان آنان بهبود می‌یابد. تبیین دیگر اینکه درمان شناختی رفتاری منجر به تسلط بر نشانه‌های رفتاری، درک علت‌های رفتار و اولویت‌بندی آن‌ها، چگونگی فکر کردن، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، آموزش مهارت حل مسئله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای جانشین می‌شود. بنابراین درمان شناختی رفتاری نقش حساسی در بهبود سلامت روان دارد (۱۶).

همچنین یافته‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث کاهش حساسیت در روابط متقابل شد که این یافته با یافته پژوهش‌های یاوندحسینی و همکاران (۱۸) و بل و فریمن (۲۵) همسو بود. برای مثال یاوندحسینی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند درمان شناختی رفتاری باعث کاهش حساسیت در روابط متقابل شد (۱۸). در پژوهشی دیگر بل و فریمن ضمن بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر حساسیت در روابط متقابل گزارش کردند این

پژوهش‌های آتی برای بررسی تداوم تأثیر روش درمان شناختی رفتاری از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت و برای جمع‌آوری داده از مصاحبه‌های ساختاریافته و نیمه ساختاریافته استفاده شود. انجام پژوهش در سایر جامعه‌های پژوهشی و مقایسه نتایج آن‌ها با نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج مفیدی داشته باشد. همچنین برای دستیابی به یک نتیجه جامع و اقدام به طراحی و ساخت یک برنامه آموزشی و درمانی مناسب نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتری در زمینه بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری است. علاوه بر آن با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود از روش درمان شناختی رفتاری برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی به‌ویژه سلامت روانی و ابعاد آن استفاده شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش سلامت روانی و کاهش حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار شد. بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش و نتایج پژوهش‌های قبلی، روش درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یک روش مؤثر در بهبود سلامت روانی و ابعاد آن قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش مذکور می‌توان امیدوار بود که افراد بهتر بتوانند وضعیت سلامت خود را بهبود بخشند. در نتیجه مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش درمانی شناختی رفتاری برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی به‌ویژه بهبود سلامت روانی و ابعاد آن استفاده کنند.

تقدیر و تشکر

در پایان از رئیس و معاون پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، رئیس کانون اصلاح و تربیت شهر ارومیه و کلیه شرکت‌کنندگان ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی می‌باشد که تأییدیه اخلاق را از دانشگاه گرفته و در تاریخ ۱۳۹۴/۲/۲۳ با کد ۵۶۲۲۰۷۰۵۹۴۲۰۱۷ تصویب شد.

References:

1. Anderson KN, Lee RM, Rueter MA, Kim OM. Associations between discussions of racial and ethnic differences in internationally adoptive families and delinquent behavior among Korean

adopted adolescents. *Child Youth Serv Rev* 2015; 51(3): 66-73.

است و به همین دلیل از اضطراب رنج می‌برد. با توجه به این مطالب درمان شناختی رفتاری و محتوی جلسات درمانی و تغییر ادراکی کمک می‌کند تا افراد سبک پردازش خود را تغییر دهند و در نتیجه با روش‌های تحلیل منطقی راهبردهای جدید برای حل مسائل بیابند که این عوامل در نهایت باعث کاهش اضطراب می‌شوند. تبیین دیگر اینکه درمان شناختی رفتاری در اصل برای غلبه بر افسردگی، آسیمی، هراس، اضطراب، خشم و مسائل ارتباط طراحی شده و همواره موفق بوده و امروزه از میان درمان‌های مؤثر بر اضطراب درمان شناختی رفتاری بیش از حد مورد استقبال قرار گرفته و این نتیجه اثربخشی آن می‌باشد. همچنین درمان شناختی رفتاری اثر فوری و سودمندی بر خلق و هیجان دارد و در نتیجه می‌تواند باعث کاهش اضطراب شود (۳۰).

همچنین یافته‌های دیگر نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث کاهش ترس مرضی شد که این یافته با یافته پژوهش‌های یابوندحسینی و همکاران (۱۸) و گالوائو-دی آلمیدا و همکاران (۳۱) همسو بود. برای مثال یابوند حسینی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند درمان شناختی رفتاری باعث کاهش ترس مرضی یا فوبیا شد (۱۸). در پژوهشی دیگر گالوائو-دی آلمیدا و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری در درمان ترس مرضی مؤثر بود و باعث کاهش معنی‌دار ترس مرضی شد (۳۱). دلیل موفقیت درمان شناختی رفتاری در کاهش ترس مرضی این است که درمان شناختی رفتاری نه تنها تلاش در تعویض الگوهای فکری ناسالم فرد با افکار سالم و جدید دارد، بلکه از طریق استفاده از فنون و شیوه‌های رفتاری مانند آرام‌سازی عضلانی و تجسمی، آموزش جرأت‌ورزی و رویارویی با منبع برانگیزاننده ترس، بازی نقش و غیره سعی می‌کند نشانه‌های ترس مرضی را کاهش دهد و در این امر موفق می‌باشد (۳۲). مهم‌ترین محدودیت پژوهش نداشتن مرحله پیگیری و محدود شدن جامعه پژوهش به مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار شهر ارومیه بود. همچنین همکاری پایین برخی مادران و استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر بود. در این ابزارها ممکن است افراد تلاش کنند خود را بهتر از آنچه که واقعاً هستند، نشان دهند که این امر دقت نتایج را تا حدودی کاهش می‌دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در

2. Hojjat SK, Ebrahimi Sani E, Moolavi Gange S, Kazemi S, Ebrahimi San N. Comparison of the dimensions of family functioning and normal

- juvenile offenders. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013; 5(4): 723-31. (Persian)
3. Hasheminfar A, Akbarzadeh A. A study on the social participation of the parents of the delinquent and non-delinquent teenagers on school affairs. *Sociolo Stu Youth J* 2014; 5(3): 157-80. (Persian)
 4. Jung S, Choi E. Life satisfaction and delinquent behaviors among Korean adolescents. *Pers Individ Differ* 2017; 104(1): 104-10.
 5. Movahedi M, Kariminejad K, Babapour Kheirodin J, Movahedi Y. The effectiveness of hope therapy base on groups to increase the components of self-esteem and psychological health in depressed people. *ZUMS J* 2015; 23(3): 132-44. (Persian)
 6. Rajmil L, Roizen M, Psy AU. Health related quality of life measurement in children and adolescents in Ibero-American countries, 2000 to 2010. *Value Health* 2012; 15(2): 312-22.
 7. McFarland MJ. Religion and mental health among older adults: do the effects of religious involvement vary by gender? *J Gerontol Psychol Soc Sci* 2010; 65(5): 621-30.
 8. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. *Am J Prev Med* 2014; 46(3): 87-97.
 9. Hoying J, Melnyk BM, Arcoleo K. Effects of the COPE cognitive behavioral skills building TEEN program on the healthy lifestyle behaviors and mental health of Appalachian early adolescents. *J Padia Heal Care* 2016; 30(1): 65-72.
 10. Granero R, Fernandez-Aranda F, Mestre-Bach G, Steward T, Bano M, et al. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome. *Euro Psychiat* 2017; 39(1): 57-65.
 11. Lipka J, Hoffmann M, Miltner WHR, Straube T. Effects of cognitive-behavioral therapy on brain responses to subliminal and supraliminal threat and their functional significance in specific phobia. *Biol Psychiat* 2014; 76(11): 869-77.
 12. Roger C, Allison JO, Pamela MS, David JA. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anx Disord* 2008; 22: 108-16.
 13. Hall J, Kellett S, Berrios R, Bains MK, Scott S. Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Am J Geria Psychiat* 2016; 24(11): 1063-73.
 14. Carbone L, Plegue M, Barnes A, Shellhaas R. Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program. *Epil Behav* 2014; 39: 130-4.
 15. Mikoocka-Walus A, Hughes P, Moretta M, Pilichiewicz A, Long H, et al. Cognitive-behavioral therapy (CBT) improves inflammatory responsiveness but not mental health short term in IBD patients: A pilot randomised controlled trial. *J Crohn's and Colitis* 2014; 8(1): 47-52.
 16. Hashemi N, Seyed Morteza GB, Khadivi G, Hashemian Nejad F, Ashoori J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students. *J Clin Nurs Midwi* 2016; 5(1): 12-22. (Persian)
 17. Ashoori J, Jalilabkenar S, Ashoori M. Investigation of cognitive-behavioral instruction effect on students mental health with learning disorder in Tehran counties in academic year 2012-13. *Sci J Ilam Univ Med Sci* 2015; 23(3): 73-83. (Persian)
 18. Yavand Hasani A, Farahbakhsh K, Shafiabadi A. Investigation the effectiveness of cognitive behavioral therapy and cuento therapy on reduce behavioral disorders of adolescents. *Res Clin Psycho Couns* 2014; 4(1): 71-94. (Persian)
 19. Nazer M, Riyahi N, Mokhtaree MR. The effect of stress management training with cognitive

- behavioral style on stress and mental health of parents of children with intellectual disabilities. *J Rehabi* 2016; 17(1): 32-41. (Persian)
20. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 7nd ed. Tehran: Roshd Publisher; 2008. (Persian)
21. Golshani F. Comparison the effect of lifestyle education and cognitive behavioral training on happiness and hope in girls adolescent (Dissertation). Isfahan: Isfahan University; 2015. (Persian)
22. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiat* 1976; 128: 280-9.
23. Anisi J, Eskandari M, Bahmanabadi S, Noohi S, Tavalayi A. Standardization of symptom checklist 90 revised (SCL-90-R) of a military Unit. *J Military Psycho* 2014; 5(1): 57-67. (Persian)
24. Mosalanejad L, Khodabakshi Koolae A, Jamali S. Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy (ART). *Iran J Reprod Med* 2012; 10(5): 483-8.
25. Bell V, Freeman D. A pilot trial of cognitive behavioural therapy for interpersonal sensitivity in individuals with persecutory delusions. *J Behav Ther Exp Psychiat* 2014; 45(4): 441-6.
26. Talaee A, Kimeyae SA, Borhani Moghani M, Moharrari F, Talaee A, Khaeghaee R. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression in infertile women. *Iran J Obste Gynecol Infer* 2014; 17(94): 1-9. (Persian)
27. Strachowski D, Khaylis A, Conrad A, Neri E, Spieqel D, Taylor CB. The effects of cognitive behavior therapy on depression in older patients with cardiovascular risk. *Depress Anxiety* 2008; 25(8): 1-10.
28. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmalin KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76 (3): 468-77.
29. Peterman JS, Carper MM, Elkins M, Comer JS, Pincus DB, Kendall PC. The effect of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety on sleep problems. *J Anxiety Disor* 2016; 37(1): 78-88.
30. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. To compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. *Arak Med Uni J* 2015; 18(1): 32-42. (Persian)
31. Galvao-de Almeida A, Araujo Filho GM, Berberian Ade A, Trezsnik C, Nery-Fernandes F, Araujo Neto CA, et al. The impacts of cognitive-behavioral therapy on the treatment of phobic disorders measured by functional neuroimaging techniques: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35(3): 279-83.
32. Aghakhani N, Khanjani Z, Aliloo MM, hamedi MH. Comparing effectiveness of group therapies on social phobia disorders: three treatment styles of behavioral, cognitive and cognitive/behavioral. *Urmia Med J* 2011; 22(4): 282-9. (Persian)

EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON IMPROVING MENTAL HEALTH OF MOTHERS WITH JUVENILES DELINQUENT

Hasan Hemmati Nejjhad¹, Ali Zeinali^{2*}

Received: 19 Apr, 2017; Accepted: 21 June, 2017

Abstract

Background & Aims: Mental health of mothers with delinquent adolescent student reduces due to exposure to many problems. This research aimed to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on improving mental health of mothers with juveniles delinquent.

Materials & Methods: This was a semi-experimental study with a pre-test and post-test design along with a control group. The population included all mothers with juveniles delinquent of Youth detention center of Urmia in 2015. Totally 30 people were selected through simple random sampling method and were randomly assigned into two groups of experimental and control (each group 15 ones). The experimental group was trained 12 sessions of 70 minutes with a cognitive behavioral method. Both group completed the revised mental health checklist as a pre-test and post-test. The data were analyzed by multivariate analysis of covariance method using SPSS 19.

Results: The finding showed cognitive behavioral therapy significantly led to improving mental health and dimension of interpersonal sensitivity, depression, anxiety and phobia of mothers with juveniles delinquent ($P < 0/05$).

Conclusion: Finally, cognitive behavioral therapy can improve the mental health and dimension of interpersonal sensitivity, depression, anxiety and phobia among mothers with juveniles delinquent. Therefore counselors, clinical psychologists, and therapists can use the mentioned method to improve the psychological characteristics of patients

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Mental health, Mothers, Student, Juveniles delinquent

Address: Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Tel: +98 9143409171

Email: a.zeinali@iaurmia.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2016; 28(5): 304 ISSN: 1027-3727

¹ Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

² Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran (Corresponding Author)