

تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ نابهنجار

سالار فرامرزی^۱، کریم عسگری^۲، فاطمه تقوی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مرگ یک شخص مهم در زندگی کودک، سخت ترین حادثه‌ای است که وی می‌تواند تجربه کند. به منظور درمان علائم متعاقب سوگ روان‌شناسان و درمانگران از روش‌های مختلفی سود می‌برند، از جمله درمان شناختی- رفتاری و هدف از اجرای این پژوهش، نیز بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شده است. نمونه آماری شامل ۲۸ نفر دانش‌آموز (۱۰ نفر پسر و ۱۰ نفر دختر) دبیرستانی بود که از بین دانش‌آموزان داغ دیده‌ای که تجربه فقدان یکی از اعضای خانواده یا عزیزان خود را داشتند و بر اساس ملاک‌های DSM-IR-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) دارای نشانه‌های سوگ نابهنجار تشخیص داده شدند، به صورت تصادفی انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و شاهد (۱۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت مداخلات درمانی شناختی- رفتاری قرار گرفت. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه سازگاری فردی- اجتماعی کالیفرنیا (CTP یا California test of adjustment) استفاده گردید و داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری Wilcoxon, Mann-Whitney و آزمون Z و بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: بین عملکرد گروه شاهد و آزمایش در سازگاری کل بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/02$). همچنین بین عملکرد گروه شاهد و آزمایش در خرده‌مقیاس سازگاری فردی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$)، ولی در خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری دیده نشد ($P < 0/1$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت که در مجموع، درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار تأثیر مثبت دارد و می‌توان از این شیوه درمانی برای کمک به سلامت و بهداشت روانی کودکان استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: سوگ نابهنجار، درمان شناختی- رفتاری، افسردگی، سازگاری، دانش‌آموزان

ارجاع: فرامرزی سالار، عسگری کریم، تقوی فاطمه. تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ نابهنجار. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۵): ۳۷۳-۳۸۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۳/۱۳

Email: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس، فارس، ایران

مقدمه

مرگ یکی از والدین، یکی از نگران‌کننده‌ترین رخدادهایی است که ممکن است برای فرد در کودکی یا نوجوانی اتفاق بیافتد که باید آن را تحمل کند. تحقیقات نشان می‌دهد که کودکانی که قادر به ابراز سوگواری خود نیستند، در بزرگسالی و در زندگی آینده دچار اختلال و آسیب‌شناسی رفتاری خواهند شد. توانایی سوگواری بستگی به رشد شناخت و ادراک و احساس کودک دارد (۱).

غم و اندوه، نخستین احساس مادرزادی است که با از دست دادن ارتباط یا فقدان ارتباط ظاهر می‌شود. از نظر تحولی، غم و اندوه را می‌توان واکنش روانی-زیستی برای برقراری ارتباط گروهی در جدایی در نظر گرفت. اغلب هر فردی در زندگی خویش در واکنش به رویدادهای غم‌انگیز (مانند مرگ نزدیکان) دچار افسردگی و ناسازگاری می‌شود که این نوع افسردگی (افسردگی واکنشی) هنجار و طبیعی است (۲) و بلافاصله بعد از مرگ شخص مورد علاقه بروز می‌کند، از قبیل: ناراحتی، عصبانیت، نگرانی ناشی از فراق و جدایی، عدم تمایل به انجام فعالیت‌های روزانه، بیان خاطرات فرد متوفی و نیز در آینده آشفتگی‌هایی را در رفتار خود تجربه کنند، از قبیل: افسردگی عمیق، اختلال استرس پس از سانحه و دیگر اختلال‌های اضطرابی (۳).

سوگ نابهنجار زمانی روی می‌دهد که برخی وجوه سوگ طبیعی بر اثر تحریف یا تشدید، خصوصیات سایکوتیک پیدا می‌کند و نیز علائم افسردگی همچون احساس گناه درباره کارهایی که فرد قبل از مرگ برای عزیزش انجام نداده است و افکاری راجع به مرگ تجلی می‌یابد (۴). همچنین برخی علائم خطر در سوگ نابهنجار عبارتند از (۱) پرهیز از ابراز احساسات یا کوچک شمردن آن‌ها، (۲) روی آوردن به مواد مخدر، الکل یا خود درمانی با دارو، (۳) خصومت و پرخاشگری نسبت به دیگران، (۴) بیش از حد معمول و به شکلی افراطی خود را به کار و فعالیت مشغول کردن (۵).

از طرفی، پژوهشگران دریافته‌اند که کودکان دارای والدین متوفی، از نظر تحصیلی افت شدیدی دارند، علاقه

کمتری به مدرسه رفتن نشان می‌دهند و اغلب از نظر سلامت جسمانی، ضعیف‌تر از بچه‌های معمولی می‌باشند. فقدان والدین باعث آشفتگی عاطفی و ناسازگاری رفتاری آن‌ها می‌گردد (۶). تحقیقات انجام شده، مدل‌هایی را برای فرایند داغ دیدگی مطرح می‌کنند که حداقل شامل ۳ مرحله یا حالت مجزا با همپوشی نسبی است: (۱) شوک، ناباوری و انکار اولیه، (۲) دوره میانی ناراحتی حاد و کناره‌گیری اجتماعی، (۳) دوره نهایی بازگشت و سازمان‌دهی مجدد (۷).

متناسب با سبب‌شناسی اختلال افسردگی و علائم متعاقب سوگ، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. یکی از این رویکردها درمان شناختی-رفتاری است که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده است و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است (۸).

درمان شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که اختلال عاطفی و علائم اختلال رفتاری، در نتیجه تفکر غیر منطقی ادامه پیدا می‌کند و می‌تواند با استفاده از تکنیک‌های متنوع رفتاری، عاطفی و شناختی نه تنها در طی جلسات درمانی، بلکه در بین جلسات به صورت رایج تکلیف، تغییر پیدا کند و چون این رویکرد بر رفتار قابل مشاهده تأکید دارد، از این رو، توجه کمتری به اجزای شناختی فرایند سوگ دارد (۹). یکی از بررسی‌های مهم در این زمینه، توسط Cohen و همکاران در سال ۲۰۰۶، انجام شده است. مداخله بر بهبود ضربه روحی یا تروما متمرکز بود و شامل ایجاد جلساتی برای کاهش نگرانی و استرس، مواجهه خاص با تروما، حفظ و نگهداری حافظه و بیان خاطرات به شیوه مثبت و توصیف معنی از دست دادن بود. آنان، یک درمان ۱۲ جلسه‌ای از مداخلات را با یک نمونه ۳۹ نفری از کودکان با سن ۶ الی ۱۷ سال تنظیم کردند که برای درمان علائم استرس پس از سانحه و غم و اندوه ترومای کودکان به کار گرفته شده است. یافته‌ها نشان دادند که کودکان بهبودی چشم‌گیری را در زمینه‌های غم و اندوه و سوگ تروما، خلق و عواطف، اضطراب و رفتار از خود نشان دادند (۱۰).

با توجه به پیشینه مربوط به موضوع، می‌توان این گونه

مداخله، ۲) قرار گرفتن کودک در معرض حوادث استرس‌زا در طول دوره مداخله، که نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این، برای شرکت کنندگان در برنامه مداخله رضایت والدین اخذ گردید.

ابزارهای اندازه‌گیری: به منظور گردآوری اطلاعات از

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه سازگاری کالیفرنیا (CTP یا California test of adjustment)، استفاده گردید. این پرسش‌نامه توسط Clark و همکاران در سال ۱۹۵۳ تدوین و تنظیم شده است و تعداد سؤال‌های آن ۱۸۰ سؤال است. این پرسش‌نامه سازگاری فردی و اجتماعی دانش‌آموزان را در ۱۲ بعد می‌سنجد. نیمی از آن‌ها برای سنجش سازگاری فردی و بقیه جهت اندازه‌گیری سازگاری اجتماعی است و نمره کلی از ترکیب دو نمره سازگاری فردی و اجتماعی حاصل می‌شود.

حقیقی و همکاران معنی‌داری اعتبار پرسش‌نامه سازگاری فردی- اجتماعی را با استفاده از پرسش‌های ملاک روابط فرد با خود و دیگران در سطح $0/001$ گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، پایایی پرسش‌نامه را با روش Cronbach's alpha و تنصیف برای سازگاری فردی به ترتیب $0/82$ و $0/92$ و برای کل پرسش‌نامه سازگاری فردی- اجتماعی به ترتیب $0/95$ و $0/93$ گزارش کرده‌اند که به طور کلی بیانگر ضرایب مطلوب پرسش‌نامه یاد شده می‌باشد (۱۱).

روش اجرا و گردآوری اطلاعات: نظر به این که

طرح مذکور از نوع آزمایشی بود، برای گردآوری اطلاعات و داده‌های مورد نیاز، مراحل و اقدام‌های زیر طراحی و انجام گرفته است:

(۱) انتخاب گروه نمونه به صورت تصادفی از میان دانش‌آموزان شهر اقلید فارس در سال تحصیلی ۸۹ که با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش دارای سوگ ناپه‌نجا بودند.

(۲) تقسیم گروه نمونه به تصادف به دو گروه آزمایش و شاهد.

(۳) اجرای پرسش‌نامه سازگاری فردی- اجتماعی کالیفرنیا روی هر دو گروه به منظور کسب اطلاع از میزان سازگاری به

استنباط نمود که درمان شناختی- رفتاری بر بهبود نشانه‌های سوگ ناپه‌نجا و سازگاری کودکان و نوجوانان مؤثر است و در این پژوهش، این سؤال مطرح بوده است که آیا درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان مبتلا به سوگ ناپه‌نجا تأثیر دارد.

مواد و روش‌ها

پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شده است، نمای طرح مذکور به شکل زیر است.

طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد

	X	O ₂
R O ₁		
R O ₂		O ₃

گروه آزمایشی

جامعه و نمونه آماری: جامعه آماری پژوهش را کلیه

دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۹ ساله شهرستان اقلید فارس در سال ۱۳۸۹ تشکیل داده است که به علت فقدان یکی از عزیزان دارای سوگ ناپه‌نجا بودند و نمونه آماری پژوهش را ۲۰ نفر (۱۰ نفر پسر و ۱۰ نفر دختر)، از دانش‌آموزانی تشکیل داد که تجربه فقدان یکی یا بیشتر از یکی از عزیزان خود را داشته‌اند و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، مبتلا به سوگ ناپه‌نجا تشخیص داده شده‌اند که به صورت چند مرحله‌ای انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و شاهد گمارده شدند (ضمن این که برای جبران ریزش احتمالی نمونه پژوهش، افراد ذخیره برای گروه آزمایش پیش‌بینی شدند). ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بود از: (۱) تحصیل در مقطع راهنمایی، دبیرستان و پیش‌دانشگاهی، (۲) تجربه فقدان یکی از اعضای خانواده یا عزیزان حداقل به مدت ۶ ماه، (۳) دارا بودن تشخیص بالینی افسردگی ناشی از فقدان با توجه به نظر روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-IR-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)، (۴) نداشتن بیماری خاص و بارز جسمی. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: (۱) ابتلا به یک بیماری خاص و بارز جسمی در طول دوره

عنوان پیش‌آزمون اجرا شد.

۴) اعمال متغییر مستقل که در این پژوهش عبارت بود از برنامه مداخلاتی مداخله درمانی شناختی- رفتاری به صورت انفرادی به مدت ۸ جلسه که عناوین این برنامه به شرح ذیل است:

جلسه اول: مصاحبه اولیه بالینی با افراد داغ دیده و ایجاد ارتباط و یک محیط امن و حمایت کننده، احساس همدردی، توضیح درباره اهداف، بررسی وضعیت و شرایط فعلی به صورت کیفی و بیان احساسات و هیجانات.

جلسه دوم: بازگویی روان‌شناختی به مدت یک ساعت که شامل: عادی‌سازی پاسخ‌ها، تعدیل و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت شده و بیان احساسات و هیجانات و واکنش‌ها به هنگام مواجهه.

جلسه سوم: آشنایی با مفهوم «هیجان» و آشنایی با مفهوم و علایم افسردگی به صورت ساده و تأثیر آن بر تشدید علایم داغ دیدگی و ارایه تکلیف خانگی. در تمام جلسات بعدی ابتدا موارد مطرح شده در جلسه قبل مرور می‌شود و موفقیت و یا عدم موفقیت در انجام تکلیف خانگی ارایه شده در جلسه قبل بررسی می‌گردد. در ضمن تمام جلسات همراه با تکلیف خانگی می‌باشند.

جلسه چهارم: آموزش آرامش بخشی عضلانی به منظور کاهش نشانه‌های برانگیختگی.

جلسه پنجم: استفاده از روش‌های تجسمی، شامل روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات خوشایند به هنگام یادآوری خود به خود افکار و خاطرات مزاحم در رابطه با فرد از دست رفته و نیز روش کوچک کردن و دور کردن تصویر خاطرات به منظور مقابله با افکار مزاحم یا توقف فکری.

جلسه ششم: تکنیک‌های مربوط به اجتناب از خاطرات و واقعه ناراحت کننده، شامل حساسیت‌زدایی تدریجی.

جلسه هفتم: اجرای روش جابه‌جایی نقش، به صورتی که فرد داغ دیده خود را به جای فرد از دست رفته بگذارد و حرف‌ها و خواسته‌ها و هیجاناتش را با فرد از دست رفته بیان کند و کامل کردن جملات ناتمام.

جلسه هشتم: آموزش مهارت‌ها و از سرگیری

فعالیت‌های روزمره و هنر درمانی (تجسم و سمبل قرار دادن متوفی در نقاشی، تابلو گلی و ...) که باعث می‌شود تا فرد داغ دیده از نظر عاطفی متوفی را با خود جایگزین نماید.

۵) پس از برگزاری جلسات منظم آموزش به مدت ۸ جلسه، دوباره پرسش‌نامه سازگاری فردی- اجتماعی کالیفرنیا روی هر دو گروه به منظور کسب اطلاع از میزان سازگاری به عنوان پس‌آزمون اجرا شد.

روش‌های آماری تجزیه و تحلیل اطلاعات: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. با توجه به طرح تحقیق و داده‌های به دست آمده روش‌های آماری Mann-Whitney، Wilcoxon و آزمون Z مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ (version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) تحلیل شد.

یافته‌ها

در نمونه پژوهشی تعداد ۲۰ نفر در دو گروه آزمایش و شاهد شرکت داده شدند که از این تعداد ۱۰ نفر دختر و ۱۰ نفر پسر بودند. علاوه بر این، دامنه سنی ایشان ۱۴ تا ۱۹ سال بود و در دبیرستان مشغول به تحصیل بودند که در گروه آزمایش ۵ نفر کلاس اول، ۱ نفر کلاس دوم، ۳ نفر کلاس سوم و ۱ نفر نیز در پیش‌دانشگاهی بود. در گروه شاهد نیز ۴ نفر کلاس اول، ۲ نفر کلاس دوم، ۱ نفر کلاس سوم و ۳ نفر نیز در پیش‌دانشگاهی بود.

نتایج تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش نشان داد که بین شاخص‌های آماری گروه آزمایش و شاهد در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در سازگاری کل در پیش‌آزمون به ترتیب عبارت بود از ۸۹/۲۰ و ۲۱/۰۳ و در پس‌آزمون عبارت بود از ۱۴۲/۷۰ و ۸/۷۹، در حالی که میانگین و انحراف معیار گروه شاهد در پیش‌آزمون به ترتیب عبارت بود از ۱۰۲/۵۰ و ۳۱/۹۰ و در پس‌آزمون عبارت بود از ۱۱۰/۰۰ و ۳۳/۲۵. علاوه بر این، میانگین و

همچنان که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد و با در نظر گرفتن رتبه گروه آزمایش، تفاوت بین عملکرد دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار در دو گروه مداخله و شاهد در سازگاری کل و سازگاری فردی معنی‌دار است ($P < 0/05$). به عبارت دیگر می‌توان گفت که تفاوت بین نمرات دو گروه از دانش‌آموزان، بیان‌کننده این مطلب است که درمان شناختی- رفتاری، بر افزایش سازگاری کل و سازگاری فردی دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار تأثیر دارد. همچنین با در نظر گرفتن رتبه گروه آزمایش، تفاوت بین عملکرد دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار در دو گروه مداخله و شاهد در سازگاری اجتماعی معنی‌دار نیست ($P < 0/05$). به عبارتی می‌توان گفت که تفاوت بین نمرات دو گروه از دانش‌آموزان، بیان‌کننده این مطلب است که درمان شناختی- رفتاری، بر افزایش سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار تأثیر چندانی ندارد.

انحراف معیار گروه آزمایش در سازگاری فردی در پیش‌آزمون به ترتیب عبارت بود از $43/90$ و $13/90$ و در پس‌آزمون عبارت بود از $75/70$ و $6/75$ در حالی که میانگین و انحراف معیار گروه شاهد در پیش‌آزمون به ترتیب عبارت بود از $51/70$ و $17/88$ و در پس‌آزمون عبارت بود از $54/20$ و $19/27$. همچنین میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون به ترتیب عبارت بود از $45/30$ و $8/35$ و در پس‌آزمون عبارت بود از $67/00$ و $5/39$ ، در حالی که میانگین و انحراف معیار گروه شاهد در پیش‌آزمون به ترتیب عبارت بود از $50/80$ و $14/98$ و در پس‌آزمون عبارت بود از $55/60$ و $15/09$. فرض پژوهش بر این بود که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سازگاری کل، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار تأثیر دارد. بدین منظور از روش‌های آماری ناپارامتریک Mann-Whitney، Wilcoxon و آزمون Z استفاده شد.

جدول ۱. رتبه گروه‌های آزمایش و شاهد در پس‌آزمون مقیاس سازگاری

متغیر	گروه	تعداد	میانگین رتبه	مجموع رتبه
سازگاری کل	آزمایش	۱۰	۱۳/۴۵	۱۳۴/۵۰
	شاهد	۱۰	۷/۵۵	۷۵/۵۰
سازگاری اجتماعی	آزمایش	۱۰	۱۲/۶۰	۱۲۶
	شاهد	۱۰	۸/۴۰	۸۴
سازگاری فردی	آزمایش	۱۰	۱۳/۸۰	۱۳۸
	شاهد	۱۰	۷/۲۰	۷۲

جدول ۲. نتایج آزمون‌های آماری ناپارامتریک

آزمون آماری	سازگاری کل	سازگاری فردی	سازگاری اجتماعی
Whitney	۲۰/۵۰۰	۱۷	۲۹
Wilcoxon	۷۵/۵۰۰	۷۲	۸۴
آزمون Z	-۲/۲۳۱	-۲/۴۹۸	-۱/۵۹۰
سطح معنی‌داری دو طرفه	۰/۰۲۶	۰/۰۱۲	۰/۱۱۲
سطح معنی‌داری یک طرفه	۰/۰۲۳	۰/۰۱۱	۰/۱۲۳

بحث و نتیجه‌گیری

همچنان که گفته شد، فقدان در اثر مرگ، حادثه‌ای ناخواسته است که طی آن فرد داغ‌دار بر خود شاهدهی ندارد. اما در طی دوره داغ‌داری، باورها، رفتارها و عواطف مرتبط با داغ‌داری تغییر می‌کند. در نتیجه سوگ نه تنها یک فرایند عاطفی است، بلکه یکی از دلایل انطباق رفتاری و شناختی با ضایعه وارده است. اما نقش عوامل شناختی به طور معمول کمتر از نقش عواطف در نظر گرفته می‌شود و این شاید به خاطر ماهیت آشکار عواطف در برابر ماهیت پنهان‌تر عوامل شناختی یا به این دلیل باشد که عواطف اغلب تأثیر بسیار زیادی در طول دوره بحران شدید متعاقب مرگ دارد. به ویژه وقتی که مرگ به صورت ناگهانی و تکان دهنده اتفاق افتاده باشد (۱۲). نیسی و همکاران (به نقل از Stice و همکاران)، در طی پژوهشی سلامت روانی، سازگاری فردی-اجتماعی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پایه اول فاقد و واجد مادر را در دبیرستان مقایسه کردند و نتایج نشان داد که فقدان مادر می‌تواند سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان را تحت تأثیر قرار دهد و به خصوص دختران فاقد مادر را به افسردگی و خیم دچار سازد (۱۳).

بر این اساس هدف این پژوهش، بررسی تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار بود و یافته‌ها نشان داد که این نوع مداخله بر میزان سازگاری دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار تأثیر مثبت دارد و این یافته‌ها با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها همسو و قابل تبیین است، از جمله نتایج پژوهش Stice و همکاران بر روی نوجوانان افسرده (۱۳)، Cohen (به نقل از Hawton و همکاران) بر روی کودکان و نوجوانان سوگوار که از علایم سوگ بغرنج رنج می‌بردند (۸)، Mawson و همکاران پژوهشی به مدت ۶ جلسه (۶۰ تا ۹۰ دقیقه) و سه بار در هفته بر روی افرادی با علایم سوگ نابهنجار انجام دادند (۱۴) و پژوهش Gauthier و Marshall بر روی ۸ زن سوگوار، نشان داد که درمان رفتاری-شناختی بر بهبودی افراد داغ دیده مؤثر بوده است و این بهبودی تا

شش ماه بعد از درمان حفظ گردید (۱۵).

علاوه بر این نتایج، سایر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای دیگری مؤثر بوده‌اند، از جمله Bennett پیشرفت و ارزیابی اولیه از یک مداخله شناختی-رفتاری بر روی سوگ (۱۶)، Currier و همکاران تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر آشفتگی و اختلالات ناشی از داغ دیدگی (۱۷)، Matsunage و همکاران کارکرد روانی-اجتماعی در بیماران افسرده و پایداری درمان بعد از درمان شناختی-رفتاری گروهی (۱۸)، Litz و همکاران (به نقل از Lita و Bryant)، تأثیر مداخلات اولیه شناختی-رفتاری برای بزرگسالان و همچنین درمان‌های مؤثر برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD یا Posttraumatic stress disorder) (۱۹)، Rossell و همکاران، بررسی و مقایسه دو درمان بین فردی و شناختی-رفتاری به صورت انفرادی و گروهی بر افسردگی نوجوانان (۲۰)، Neimeyer و همکاران، تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر افسردگی (۲۱)، Malkinson تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سوگ (۲۲)، Clarke و همکاران، تأثیر شیوه درمان شناختی-رفتاری در درمان افسردگی نوجوانان (۲۳).

سجادی‌نژاد و همکاران، تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی در دانشجویان دختر دانشگاه شیراز (۲۴)، بحرینیان و داودی، تأثیر روش‌های درمان رفتاری و شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران شرکت کننده در بازتوانی قلبی (۲۵)، مختاری و همکاران، تأثیر درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و شکایات جسمانی مبتلا به مالتیپل اسکروزیس (ام. اس) (۲۶)، امیدی و همکاران، تأثیر درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و شناختی رفتاری بر نشانگان روان‌پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۲۷)، خدایاری و همکاران، اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان (۲۸)، فکور و همکاران (۲۹) و محمودی قرائی و همکاران

روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی، به نظر می‌رسد که ویژگی‌های فرهنگی و قومی ایرانیان بالاخص در شهرستان‌های کوچک به گونه‌ای است که در زمان و طول دوره سوگ افراد سوگوار بیشتر مورد حمایت اجتماعی قرار می‌گیرند و بستگان سعی می‌کنند تا با فرد سوگوار یا خانواده وی بیشتر در ارتباط باشند. از این رو می‌توان گفت که از نظر سازگاری اجتماعی تفاوتی بین افراد سوگوار وجود ندارد و یا مداخله روی این ویژگی کمتر تأثیر دارد.

در تبیین نتایج پژوهش نیز می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری با در نظر گرفتن ویژگی‌های شناختی نوجوانان از جمله باورها و انگاره‌های ذهنی ایشان در خصوص مرگ و فقدان عزیز از دست رفته، به بازسازی شناختی آنان کمک می‌نماید و با درک مشکل در یک فرآیند مشاوره‌ای همدلانه، عواطف مرتبط با داغ دیدگی را کاهش می‌دهد و نیز به فرد کمک می‌کند تا به زندگی طبیعی برگردد.

اگر چه پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است، از جمله عدم اجرای پژوهش به صورت دوسو کور، محدودیت در انتخاب نمونه آماری با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و نیز استفاده از پرسش‌نامه سازگاری کالیفرنیا برای سنجش سازگاری دانش‌آموزان و انجام مداخله در یک دوره زمانی خاص بدون داشتن مرحله پیگیری، ولی نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار در بعد کلی و فردی تأثیر دارد و می‌توان از این روش درمانی و مشاوره‌ای در کاهش نابهنجاری مربوط به سوگ استفاده کرد و آن را به درمانگران و مشاوران توصیه نمود. همچنین انتظار می‌رود که پژوهشگران ضمن توجه به محدودیت‌های این پژوهش، در پژوهش‌های آتی متغیرهایی همچون سن، جنس و نیز سایر ویژگی‌های افراد سوگوار را لحاظ نمایند.

(۳۰)، در دو پژوهش جداگانه بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر روش‌های حمایتی و شناختی- رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه زلزله بم، نجفی، تأثیر درمان شناختی رفتاری روی ادراک از خود و افسردگی دختران ۱۵ تا ۱۸ ساله ساکن مراکز شبانه‌روزی (۳۱)، عطاری و همکاران، تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی در سازگاری فردی- اجتماعی نوجوانان بزه‌کار (۳۲)، ناصری، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی، شدت درد ادراک شده و ناتوانی حاصل از درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (۳۳)، فرهودیان، درمان شناختی- رفتاری زود هنگام، بر کاهش نشانه‌های استرس ناشی از تروما (پس از یک جراحی جسمی) (۳۴)، پشت مشهدی و همکاران، اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی، تأیید طلبی و علایم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال درد (۳۵)، نریمان و روشن، اثربخشی درمان رفتاری- شناختی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان (۳۶)، حنا سبازاده و همکاران، کارایی درمان شناختی- رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی و نگرش‌های ناسالم در نوجوانان مبتلا به طیف اختلال‌های افسردگی (۳۷)، رفیع‌نیا، تأثیر مشاوره فردی با رویکرد شناختی- رفتاری بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ (۳۸)، حیدری پهلویان و همکاران، کارایی درمان مواجهه تجسم طولانی مدت با تکنیک درمان شناختی- رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری (۳۹).

همچنین نتایج نشان داد که بین عملکرد دانش‌آموزان مبتلا به سوگ نابهنجار در دو گروه مداخله و شاهد در بعد سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در تبیین و توضیح این نتیجه، می‌توان گفت که با توجه به زیر مقیاس‌های سازگاری اجتماعی از جمله قابلیت‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علایق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی،

References

1. Izadi far D. Comparison of personality and social development of students without parents with other students in shahrekord hay schools. [Thesis]. Isfahan, Iran: Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan. 2001. p. 70-1. [In Persian].
2. Khodapanahi MK. Physiological psychology. Tehran, Iran: Samt; 2006. [In Persian].
3. Boelen PA, van den Bout J, Van den Hout MA. The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003; 34(3-4): 225-38.
4. Worden JW. Grief counseling and grief therapy. 4th ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2008.
5. Arzaghi R. Grief counseling. Tehran, Iran: Welfares Association Publication; 1999. [In Persian].
6. Gertler P, Martinez S, Levine D, Bertozzi S. Lost presence and presents: How parental death affects children. [Online]. 2004; Available from URL: <http://wws-roxen.princeton.edu/chwpapers/papers/gertler.pdf>
7. Shaw JA, Espinel Z, Shultz JM. Children: Stress, trauma and disaster. Mc Kinney, TX: Disaster Life Support Pub; 2007. p. 90-106.
8. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. Oxford:US: Oxford University Press; 1989. p. 314-47.
9. Neimeyer RA, Keesee NJ, Fortner BV. Loss and meaning reconstruction: Propositions and procedures. In: Malkinson R, Rubin S, Witzum E, editors. Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice. Madison, CT: Psychosocial Press; 2000. p. 197-230.
10. Cohen JA, Mannarino AP, Staron VR. A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(12): 1465-73.
11. Haghghi J, Shokrkon H, Mosavi Shoshtari M. The relationship between emotional family atmospheres with adjustment female students in junior secondary schools in Ahwaz. *Journal of Education and Psychology of Shahid Chamran University* 2002; 9(3-4): 79-108. [In Persian].
12. Rando TA. Treatment of complicated mourning. Champaign, IL: Research Press; 1993.
13. Stice E, Rohde P, Seeley JR, Gau JM. Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(4): 595-606.
14. Mawson D, Marks IM, Ramm L, Stern RS. Guided mourning for morbid grief: a controlled study. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 185-93.
15. Gauthier J, Marshall W L. Grief: A cognitive-behavioral analysis. *Cognitive Therapy and Research* 1977; 1(1): 39-44.
16. Bennett SM. Development and preliminary evaluation of a cognitive-behavioral intervention for perinatal grief. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; 19(1): 161-73.
17. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy* 2010; 3(1): 77-93.
18. Matsunaga M, Okamoto Y, Suzuki S, Kinoshita A, Yoshimura S, Yoshino A, et al. Psychosocial functioning in patients with Treatment-Resistant Depression after group cognitive behavioral therapy. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 22.
19. Lita BT, Bryant RA. Early cognitive-behavioral interventions for adults. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, editors. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies. 2nd ed. New York, NY : Guilford Press; 2009. p. 117-35.
20. Rossello J, Bernal G, Rivera-Medina C. Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2008; 14(3): 234-45.
21. Neimeyer RA, Kazantzis N, Kassler DM, Baker KD, Fletcher R. Group cognitive behavioural therapy for depression outcomes predicted by willingness to engage in homework, compliance with homework, and cognitive restructuring skill acquisition. *Cogn Behav Ther* 2008; 37(4): 199-215.
22. Malkinson R. Cognitive-behavioral therapy of grief: A review and application. *Research on Social Work Practice* 2001; 11(6): 671-98.
23. Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley JR. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(3): 272-9.

24. Sajadinejad MS, Moham madi N, Taghavi SMR, Ashgazadeh N. Therapeutic effects of cognitive-behavioral group therapy on headache disability and depression in patients with migraine and tension headache. *Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(4): 411-8. [In Persian].
25. Bahreynyan SAM, Davoudi MS. The comparison of behavioral and cognitive behavioral therapeutic methods on depression in cardiac rehabilitated patients. *Pejouhesh* 2008; 32(4): 289-96. [In Persian].
26. Mokhtari S, Taher neshat dost H, Molavi H. Evaluate the effectiveness of group cognitive - behavioral approach on depression and somatic complaints of patients with multiple sclerosis (MS). *Journal of Psychology* 2008; 12(3): 242-51. [In Persian].
27. Omidi A, Mohammad Khani P, Poorshahbaz P, Dolatshahi A. Efficacy of combined cognitive behavior therapy and mindfulness based cognitive therapy in patients with major depressive disorder. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2008; 12(2): 9-14. [In Persian].
28. Khodayari MF, Abedini Y, Akbari SZ, Ghobari BB, Sohrabi F, Younesi SJ. Cognitive-behavioral interventions effectiveness on prisoners' psychological health. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 2(4): 283-90. [In Persian].
29. Fakour Y, Mahmoudi-gharaei J, Mohammadi MR, Karimi M, Azar M, Momtaz-bakhsh M. The effect of psychosocial supportive interventions on PTSD symptoms after Bam earthquake. *TUMS Journal* 2006; 64(9): 55-64. [In Persian].
30. Mahmoudi-gharaei J, Mohammadi MR, Bina M, Yasami MT, Fakour Y, Naderi F. Behavioral group therapy effect on Bam earthquake related PTSD symptoms in children: A randomized clinical trial. *Iran J Pediatr* 2006; 16(1): 25-33. [In Persian].
31. Najafi S. The effect of cognitive - behavioral on depression of their perception of girls aged 18-15 living in boarding center in Tehran. [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Moaalem University, Faculty of Psychology and Education. 2005. p. 172-184. [In Persian].
32. Attari YA, Shahny Yeylagh M, Bashlydeh K, Kochaki M. The effect of group social skills training on personal adjustment - social of juvenile offenders in the Gonbad Kavus city. *Journal of Psychology and Educational Sciences* 2005; 12(3): 25-46. [In Persian].
33. Nasserri H. Evaluate the effectiveness of cognitive - behavioral therapy on reducing depression and pain and disability resulting from perceived pain in patients with Romatied Arthrit. [Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2004. [In Persian].
34. Farhodian A, Sharifi V, Rahimi Movafar A, Radgodarzi R, Mohammadi MR, Younesian M, et al. Achieving Higher Stability in Watermarking Acording to Image Complexity. *Advances in Cognitive Science* 2007; 8(3): 58-70. [In Persian].
35. Posht Mashhadi M, Yazdandoost R, Asgharnejad AA, Mo ridpoor D. The efficacy of cognitive-behavior therapy on perfectionism, need for approval , and depressive symptoms in patients afflicted with pain disorder. *IJPCP* 2004; 9(3): 22-33. [In Persian].
36. Nariman M, Roshan R. Prevalence of depression and the effectiveness of behavioral - cognitive therapy on reduce depression in students. *Journal of Psychology* 2002; 6(3): 244-54.
37. Hanna Sabzadeh Isfahani M, Yazdandoost R, Mohammadian M. Effectiveness of cognitive - behavioral Therapy on signs of depression and reduce unhealthy attitudes in adolescents with depressive disorders. *Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology* 2012; 7(1-2): 76-84.[In Persian].
38. Rafiania A. Effect of individual counseling with the approach of cognitive - behavioral treatment of patients with PTSD resulting from war. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Moaalem University, Faculty of Psychology and Education. 2000. [In Persian].
39. Hydari Pahlavian A, Zolfaghari F, Mehrabi F. Comparison of the efficacy of prolonged exposure in imagination and cognitive-behavioral therapy, for obsessive-compulsive patients with obsession. *Psychological Research* 1998; 2(3-4): 15-36. [In Persian].

Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on adjustment rate of high-school students with abnormal grief

Salar Faramarzi PhD¹, Karim Asgari PhD², Fatemeh Taghavi MA³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Death is an undeniable reality, and every one may confront with the death of beloved ones sooner or later. Death of a beloved one is among the worst events a child might ever experience throughout his or her life. Cognitive-behavior therapy (CBT) has increasingly been used to ameliorate the emotional consequence of death in children and adolescences. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive CBT on the bereaved high-school students who have lost one of the members of their families.

Methods and Materials: This was a quasi-experimental study in which 20 bereaved students (girls = 10, boy = 10), who have lost one member of their family, were randomly selected from the bereaved students in Eghleed district in Fars province. They were then divided into two groups i.e. the experimental (n = 10) and the control groups (n = 10). The experimental group received 8 sessions of CBT, the control group received no intervention. California Test of Personality (CTP) was administered on both groups before and after the intervention. The data were analyzed with Mann-Whitney U and Wilcoxon signed-rank tests using SPSS software.

Findings: The analysis of the data indicated a statistically significant difference between the experiment and control groups in total score of adjustment inventory ($P < 0.02$). The analysis of data in sub-scales indicated a statistically significant difference in score of individual adjustment ($P < 0.01$). There was no significant difference in total score of social adjustment ($P < 0.1$).

Conclusions: The results suggested that CBT has increased adjustment in bereaved children, and it might be used as an effective technique to enhance mental health in bereaved children.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Adjustment, Students, Abnormal grief

Citation: Faramarzi S, Asgari K, Taghavi F. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on adjustment rate of high-school students with abnormal grief. *J Res Behav Sci* 2013; 10(5): 373-82

Received: 02.06.2012

Accepted: 05.01.2013

1- Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir
2- Assistant Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3- Islamic Azad University, Fars Sciences and Research Branch, Shiraz, Iran