

June-July 2021, Volume 9, Issue 2

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Children's Depression in Restructured Families: An Experimental Study

Maryam Bahrami ¹, Flour Khayatan ^{2*}, Hadi Farhadi ³, Asghar Aghaei ⁴

1- Ph.D in Psychology, Department of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran.

2- Assistant prof, Department of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran.

3- Assistant prof, Department of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran.

4- Prof, Department of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Corresponding author: Flour Khayatan, Assistant prof, Department of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Email: f.khayatan@yahoo.com

Received: 28 Aug 2020

Accepted: 10 June 2021

Abstract

Introduction: The formation of restructured families has many effects, but one of the worrying effects are the consequences of these families for children, who can expose them to emotional disorders such as depression, and failure to treat this depression in a timely manner can have lasting impacts on the child's quality of life. The present study aims to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the depression of children in restructured families.

Methods: This research is a quasi-experimental (pre-test, post-test, follow-up with control group). The sample size consists of 20 children who were selected using purposeful sampling among eligible children and randomly assigned to two experimental groups (10 children) and a control (10 children). The Achenbach questionnaire (parental form), was used to collect data. The obtained data were analyzed by SPSS-22 software.

Results: The results of variance analysis with repeated measurements between the subjects of the experimental group and the control group showed a significant difference in the dependent variable, i.e., depression.

Conclusions: According to the results of the study, it seems that cognitive-behavioral therapy has been able to reduce the rate of depression caused by environmental events related to the restructured family situation in children, using its techniques such as cognitive reconstruction, rumination reduction, problem-solving training, improving psychological awareness and psychological resilience as well as the ability to recognize and deal with emotions. Therefore, this treatment can be used as an effective treatment to reduce depression in children in these families.

Keywords: Depression, Restructured Families, Cognitive-Behavioral Therapy, Children.

بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر میزان افسردگی کودکان در خانواده های بازساختاریافته: یک مطالعه ی آزمایشی

مریم بهرامی^۱، فلور خیاطان^{۲*}، هادی فرهادی^۳، اصغر آقایی^۴

۱- دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، (خوراسگان)، اصفهان. ایران.
۲- استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، (خوراسگان)، اصفهان. ایران.
۳- استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۴- استاد، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ایمیل: f.khayatan@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۶

چکیده

مقدمه: تشکیل خانواده های بازساختاریافته، اثرات متعددی را به دنبال دارد، اما یکی از اثرات نگران کننده، عواقب این خانواده ها برای کودکان است که می تواند آن ها را در معرض اختلالات هیجانی مانند افسردگی قرار دهد و عدم درمان به موقع این افسردگی، می تواند بر کیفیت زندگی کودک اثراتی پایدار داشته باشد. بنابراین پژوهش حاضر قصد داشت تا اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر افسردگی کودکان خانواده های بازساختاریافته بررسی نماید.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه تجربی بود. حجم نمونه شامل ۲۰ کودک بود که این افراد به صورت هدفمند از میان کودکان واجد شرایط ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ کودک) و کنترل (۱۰ کودک) جایگزین شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ی آنبیخ (فرم والدین)، استفاده گردید. داده های به دست آمده، توسط نرم افزار SPSS-22 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین کودکان گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته یعنی افسردگی، تفاوت معناداری را نشان دادند ($P \leq 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش، به نظر می رسد که رویکرد شناختی رفتاری، توانسته است با استفاده از فنون خود مانند بازسازی شناختی، کاهش نشخوار فکری، آموزش حل مسئله، بهبود آگاهی و انعطاف پذیری روان شناختی و نیز مهارت شناسایی و برخورد با هیجانات، میزان افسردگی ناشی از رویدادهای محیطی مرتبط با وضعیت خانواده ی بازساختاریافته را در کودکان کاهش دهد. بنابراین این درمان، می تواند به عنوان درمانی مؤثر برای کاهش افسردگی کودکان در این خانواده ها مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: افسردگی، خانواده های بازساختاریافته، درمان شناختی- رفتاری، کودکان.

مقدمه

و نتایجی است که در جامعه به جای می گذارد. یکی از آثار طلاق افزایش خانواده های ناشی از ازدواج مجدد افراد مطلقه است. وقتی که یک خانواده از ازدواج دوم یا حتی سوم شکل می گیرد و بچه هایی را نیز در بر می گیرد، به آن ها خانواده های «بازساختاریافته»، «ترکیبی»، «بازسازی شده» و یا «ناتنی» گفته می شود (۱)، که در این پژوهش ترجیحاً از اصطلاح بازساختاریافته استفاده می شود. تشکیل

با تغییرات ایجاد شده در جوامع امروزی، به تدریج نظام خانواده کارکردهای گذشته خود را از دست داده و متأثر از شرایط جدید و نظام ارزشی کنونی شده است. این شرایط و تغییرات، خانواده ی عصر حاضر را دچار آسیب هایی نموده است که یکی از مهم ترین این آسیب ها، طلاق و آثار

و اختلالاتی در خواب و تغذیه مهم ترین علائم افسردگی در کودکان می باشند (۷). همچنین اختلالات افسردگی در کودکان می تواند به جای خلق و خوی غمگین، با تحریک پذیری شدید مشخص شود (اضطراب و افسردگی). پیشرفت افسردگی در دوران کودکی، عواقب منفی بسیاری را در بزرگسالی به همراه دارد (۸)، بنابراین شناسایی و درمان افسردگی در کودکان می تواند احتمال بیماری های روانی دیگر، ناراحتی شدید، رفتارهای ناسازگارانه و حتی مرگ و میر کودکان در بزرگسالی را کاهش دهد (۹). در این میان ممکن است که برخی از کودکان، به دلیل عدم بلوغ شناختی، اجتماعی و عاطفی برای درک و کاربرد مهارت های آموخته شده در درمان را ندارند، بنابراین، نیاز به درمان های افسردگی متناسب با سطح رشد شناختی، اجتماعی و هیجانی می باشد تا با توانایی کودکان در درک و اجرای فنون درمانی مطابقت داشته باشند (۱۰). در این میان، درمان شناختی- رفتاری یکی از مؤثرترین روش ها در کاهش افسردگی کودکان است (۸). اثربخشی این درمان در پژوهش های متعددی در خارج (۱۱، ۱۲، ۱۳) و داخل کشور (۶، ۷، ۹، ۱۴)، مورد تأیید قرار گرفته است. درمان شناختی- رفتاری به مجموعه فنونی گفته می شود که برای درمان طیف وسیعی از حالات روان- شناختی مانند افسردگی یا اضطراب، استفاده می گردد. این درمان مبتنی بر چارچوبی است که فرض می کند افکار، عواطف و رفتارها همه با هم مرتبط هستند و به طور خاص تر، افکار، احساسات و رفتارها را پیش می برد. بنابراین، یک فرض اساسی در درمان شناختی- رفتاری این است که پس از شناسایی و تغییر افکار ناکارآمد فرد، احساسات و رفتارهای ناسازگار فرد نیز تغییر خواهند کرد. فنون رایج در درمان شناختی- رفتاری برای کودکان شامل آموزش روان شناختی، نظارت بر خود، شناسایی احساسات، حل مسئله، مهارت های مقابله ای و برنامه های پاداش است (۱۳).

با توجه به بررسی پیشینه ی پژوهش، به نظر می رسد پژوهشی در حوزه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی کودکان در بافت خانواده های بازساختاریافته انجام نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر قصد دارد تا خلاء موجود در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کودکان این نوع از خانواده ها را تا حدودی رفع نماید، زیرا این کمبود تحقیق نامطلوب است، چراکه انتقال از

خانواده های بازساختاریافته، اثرات متعددی را به دنبال دارد، اما یکی از اثرات نگران کننده، عواقب این خانواده ها برای کودکانی است که جدایی از والد و خانواده ی اصلی را تجربه کرده و باید در محیطی جدید و ناآشنا، به عنوان فرزندان ناتنی با فردی غریبه زندگی کنند (۲). کودکان ممکن است زندگی در خانواده بازساختار یافته را پرتنش ببینند، زیرا آن ها با توجه به سن کم شان در فرایند انتقال خانواده سهمی ندارند و به آن ها فرصت مناسب برای تصمیم گیری داده نمی شود (۳). ایجاد استرس و تنش ناشی از انتقال از خانواده اصلی به خانواده ی بازساختاریافته منجر به پیامدهای منفی از جمله علائم بالاتر افسردگی در کودکان خانواده های بازساختاریافته خواهد شد (۴). برای مثال مجتهدزاده و نیسی (۵)، در پژوهش خود به مقایسه افسردگی ۲۱۶ دانش آموز دختر دارای ناپدری یا نامادری و دانش آموزان دارای پدر و مادر واقعی پرداختند. بر اساس نتایج به دست آمده میزان افسردگی دانش آموزان دارای ناپدری، نامادری به طور معنی داری بیشتر از دانش آموزان دارای پدر و مادر واقعی بود.

وقایع استرس زای ایجادکننده ی افسردگی در زندگی کودکان خانواده های بازساختاریافته می تواند هم حاد و هم مزمن باشد. از یک نظر، طلاق و تشکیل خانواده ی بازساختاریافته، حوادثی هستند که در یک نقطه خاص از زمان اتفاق می افتند و منجر به استرس حاد برای کودک می شوند. از طرف دیگر، فرایند آغاز تعارضات والدین و ادامه این تعارضات تا زمان طلاق، همچنین فرایند انتقال و زندگی در یک خانواده ی بازساختاریافته، می تواند یک استرس مزمن برای این کودکان به وجود آورد (۳). کودکانی که در خطر ابتلا به افسردگی در خانواده های بازساختاریافته قرار دارند، چه درباره ی مشکلات شخصی خود و چه درباره ی مشکلات محیط پیرامون خود، بدترین سناریوی ممکن را به ذهن خود می آورند. این کودکان افسرده، به خاطر مسائل خارج از کنترل، خود را سرزنش نموده و به منفی ترین تعبیر از مسائل می پردازند و نمی توانند تصور خوش بینانه ای در مورد مسائل داشته باشند (۶). تغییر خلق، بی حوصلگی و بی قراری فزاینده در رفتار، کاهش فعالیت، کم حرفی و گاهی گریه های شدید، تغییراتی در نگرش مبنی بر احساس بی ارزشی و کاهش عزت نفس، احساس بی کفایتی، اشتغالات فکری مبنی بر بی کفایتی و تمرکز توجه بر خود، احساس خودسرزنی

ی پژوهش عبارت بودند از: ازدواج مجدد والدین در نتیجه طلاق حداقل یکی از آن ها بوده باشد، عدم تشخیص اختلال‌های روانی حاد در کودک به نحوی که در روند کار اختلال ایجاد ننماید (که به وسیله ی مصاحبه اولیه توسط محققان با درجه دکتری روان‌شناسی و یک روان پزشک محرز و مشخص خواهد گردید)، وجود اختلال افسردگی در کودکان، عدم شرکت در دوره‌های مشاوره یا درمان همزمان و علاقه مندی و تمایل به شرکت داوطلبانه. ملاک های خروج عبارت بودند از: عدم ادامه ی جلسات آموزشی و عدم همکاری والدین در کامل کردن پرسشنامه ها. برای تحلیل داده های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و شاخص های آمار استنباطی متناسب با فرضیات و نوع داده ها یعنی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. برای انجام عملیات آماری مذکور از نرم افزار SPSS-22 استفاده شد.

ابزار پژوهش در این پژوهش چک لیست رفتاری کودکان - فرم والدین بود. فهرست رفتاری کودکان، پرسشنامه ای است که در سال ۱۹۹۷ توسط آخباخ تدوین شده است. آخباخ، آیت‌های مشکلات رفتاری اصلی را از فهرست مشکلات رفتاری که در سال ۱۹۶۶ از طریق زمینه یابی پیشینه موجود و بررسی تاریخچه ۱۰۰۰ بیمار روانپزشکی کودک بدست آورده بود، طراحی نمود. او پس از طی سالیان با استفاده از ارزیاب ها با ساده سازی عبارات، گسترش و جایگزین کردن گزینه های ۱، ۰، ۲ به جای بله - خیر و اضافه کردن آیت‌های جدید در ضمن مشاوره با درمانگران، بررسی های آماری، بازخوردهای والدین، درمانگران و محققان، در نسخه ارائه شده، تجدید نظر نمود. فهرست رفتاری کودک سه فرم دارد. فرم والدین (CBCL)، فرم معلم (TRF) و فرم خود گزارشی کودک (YSR). در این پژوهش از سؤالات گویه ی افسردگی فرم والدین برای سنجش افسردگی کودک استفاده شد، که توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده داشت و از او مراقبت می کرد، براساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، تکمیل شد. گویه های افسردگی کودکان در این پرسشنامه عبارتند از: ۵-۴۲-۶۵-۶۹-۷۵-۱۰۲-۱۰۳-۱۱۱.

ضرایب کلی اعتبار فرم های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار باز آزمایی ۰/۹۴

یک خانواده هسته ای به یک خانواده بازساختاریافته، یک رویداد مهم و حیاتی برای بسیاری از کودکان است و کاهش استرس ناشی از گذار از خانواده اصلی به خانواده جدید، پیامدهای مهمی برای رفاه کودکان و جامعه دارد. در واقع با توجه به اینکه در حال حاضر کودکان خانواده‌های بازساختاریافته بخشی از جمعیت کودکان جامعه را تشکیل می دهند، هر گونه اقدامی در جهت سلامت روان شناختی آن ها نه تنها باعث صرفه جویی در هزینه های عاطفی و اقتصادی جامعه خواهد بود، بلکه آینده ی روشنی نیز برای جامعه به ارمغان خواهد آورد. به طور خلاصه این پژوهش می تواند به دانش موجود در زمینه درمان افسردگی کودکان در خانواده های بازساختاریافته کمک کند و کاربرد درمان شناختی-رفتاری را برای کاهش افسردگی کودکان خانواده های بازساختاریافته، در بافت فرهنگی ایران بررسی می نماید تا در صورت مشاهده ی نتایج مثبت، با گسترش این نوع درمان، ضمن بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی این کودکان، مانع عوارض طولانی مدت فردی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از افسردگی این کودکان شد و با توجه به اینکه تاکنون تحقیقی در این زمینه در کشور صورت نگرفته است، ضرورت آن بیشتر می شود. فرضیه ی این پژوهش عبارت است از این که: درمان شناختی رفتاری، بر اختلال افسردگی کودکان خانواده های بازساختاریافته مؤثر است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش نیمه تجربی است. جامعه ی آماری پژوهش کلیه کودکان ۸ تا ۱۲ ساله خانواده های بازساختاریافته بودند که در سال های ۹۷-۹۸ در شهرضا زندگی می کردند. حجم نمونه، شامل ۲۰ نفر می باشد که این افراد به صورت هدفمند از میان کودکان واجد شرایط، ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ کودک) و کنترل (۱۰ کودک)، جایگزین شدند. روش هدفمند از آن جهت انتخاب شد که ضرورت داشت تا محققان اطلاعات را خانواده های بازساختاریافته بدست آورند زیرا آن ها تنها افرادی هستند که می توانند چنین اطلاعاتی ارائه دهند. در مورد کفایت حجم نمونه نیز براساس دیدگاه محققان حجم نمونه ۱۰ نفر برای تحقیقات آزمایشی کافی است (۱۵) به خصوص که نمونه این پژوهش نیز کودک بودند. ملاک های ورود به نمونه

علاوه بر این در این پژوهش نیز روایی فهرست رفتاری توسط پنج متخصص با درجه دکتری روان‌شناسی و یک روان‌پزشک مورد تأیید قرار گرفت و آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۹۱ بدست آمد.

در پژوهش حاضر، بسته‌ی آموزشی شناختی- رفتاری کودکان به عنوان مداخله درمانی، مورد استفاده قرار گرفت. روش درمانی در این پژوهش، درمان شناختی- رفتاری برای کودکان ۷ تا ۱۴ سال بر اساس دستورالعمل لوری سیلر (۱۸) بود، که در ۱۰ جلسه‌ی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. اصول اخلاقی در پژوهش حاضر که دارای کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1398.034 می‌باشد، شامل اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، جهت شرکت در پژوهش، ضبط مصاحبه ضمن حفظ بی‌نامی و رازداری، اختیار آنان برای ترک مطالعه، پاسخگویی به سؤالات آزمودنی‌ها، ثبت محرمانه‌ی پرسشنامه‌ها و توضیح پیرامون نتایج پژوهش به صورت آماری و کلی بود. خلاصه محتوای جلسات در (جدول ۱) شرح داده شده است:

گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه‌ی روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس (CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (۱۶).

در پژوهش مینایی (۱۷)، دامنه‌ی ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون- باز آزمون با یک فاصله زمانی ۵-۸ هفته بررسی شده است که دامنه‌ی ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه‌ی این ضرایب از ۰/۹۰ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به طور کلی در تحقیق مینایی (۱۷)، این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله استفاده کرد.

جدول ۱: جلسات آموزشی

جلسه	محتوا
جلسه اول	معرفی اعضا به یکدیگر ، آغاز یادگیری دربارهی احساسات و نیز انجام هدف گذاری.
جلسه دوم	آموزش درباره‌ی احساسات مختلف، توجه به احساسات دیگران با نگاه به حالات چهره و زبان بدن آنها، آموزش درباره‌ی تغییر احساسات در طول روز و همه روزه.
جلسه سوم	آگاهی از تغییرات فیزیکی در بدن ، آموزش درباره‌ی ارتباط بین نشانه‌های بدنی و شیوه‌ی تفکر، احساس و رفتار.
جلسه چهارم	کمک به تشخیص افکار، آموزش دربارهی چگونگی تأثیر افکار ما بر احساسات و اعمال ما.
جلسه پنجم	ادراک ارتباط بین افکار، احساسات، نشانه‌های بدنی و اعمال، مشاهده‌ی چگونگی اثرگذاری تغییر در افکار، احساسات، نشانه‌های بدنی یا اعمال بر دیگر پیوندها.
جلسه ششم	آموزش امکان وجود شیوه‌های فکری متفاوت با شیوه‌ی فکری خودمان، آموزش سؤالاتی که ما را در فهم بهتر موضوعات نگران‌کننده‌ی ذهنمان یاری می‌کنند.
جلسه هفتم	آموزش شیوه‌های جایگزین توجه به مشکلات، آموزش نگاه علمی به شیوه‌ی حل مسئله‌ی خود، با توجه به شواهد و حقایق به جای حدس و گمان، توجه به تأثیر مثبت افکار مثبت و احساس.
جلسه هشتم	ایجاد یک طرح شش‌گامی برای هدف گذاری، تشویق اعضا برای کار با یکدیگر و حمایت از یکدیگر در مشکلات.
جلسه نهم	آموزش درباره‌ی اینکه چطور هر فرد، متفاوت با دیگران بوده و درباره‌ی چیزهای مختلفی نگران است، چگونه برخی از افکار و احساسات می‌توانند باعث تداوم احساس بد فرد شوند، شناسایی شیوه‌های مختلفی که افراد برای محافظت از خود در برابر نگرانی‌ها، استفاده می‌کنند.
جلسه دهم	یادگیری اینکه چگونه مشکلات خود را به گام‌های کوچکتر و قابل دستیابی‌تر بشکنیم، توجه به اینکه الگوبرداری از فردی که به خوبی با مسائل خود مواجه می‌شود، می‌تواند سودمند باشد.

نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است، اما در گروه کنترل در هر سه بار آزمون، تفاوت محسوسی مشاهده نشد. به منظور بررسی معناداری تفاوت‌ها بین دو گروه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید، که نتایج در

یافته‌ها

نتایج یافته‌های توصیفی در پژوهش حاضر نشان داد که در افسردگی کودکان خانواده‌های بازساختاریافته در گروه درمان شناختی رفتاری، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری،

نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده گردید که نتایج این آزمون نیز نشان داد که در متغیر افسردگی کودکان، سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا فرض نرمال بودن توزیع برقرار است. برای بررسی پیش فرض سوم یعنی کروی بودن ماتریس واریانس-کواریانس متغیر وابسته، از آزمون کروییت ماکلی استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۲) آمده است.

ادامه آمده است. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، لازم بود که چند پیش فرض آزمون شوند. به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج نشان داد که در افسردگی کودکان، سطح معنی‌داری آزمون لوین بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا واریانس‌ها برابر هستند و استفاده از تحلیل واریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بوده و پایایی نتایج بدست آمده از آن تأیید می‌گردد. همچنین برای بررسی

جدول ۲: نتایج آزمون ماکلی برای بررسی تناسب کواریانس های متغیر افسردگی در کودکان

متغیر	Mauchly's W	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون ها
					هاین - فلت گرین هوس - گایسر
افسردگی	۰/۹۵۵	۰/۵۴۰	۲	۰/۷۲۴	۰/۹۸۳ ۰/۹۴۱
					Lower-bound ۰/۵۰۰

می باشد. در اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر یکی از برون داده ها، تحلیل تأثیر عضویت گروهی است. در (جدول ۳) نتایج این تحلیل مربوط به فرضیه ی پژوهش آمده است.

همانگونه که در (جدول ۲) مشاهده می شود، به دلیل معنادار نشدن آزمون کروییت ماکلی در متغیر وابسته ی افسردگی کودکان ($P > 0/05$) که به معنای کروی بودن ماتریس واریانس-کواریانس متغیر وابسته می باشد، استفاده از آزمون F و درجات آزادی این آزمون برای تحلیل، بلامانع

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه گیری های مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی

متغیر	روش	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معناداری	میزان تأثیر
افسردگی	زمان	لامبدای ویلکز	۰/۱۷۴	۶۱/۷۶۷	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
	زمان*گروه	لامبدای ویلکز	۰/۲۳۴	۱۳/۸۹۰	۴	۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۷

شد؛ نتایج نشان داد که اثر متغیر زمان و همچنین اثر تعاملی مربوط به زمان و گروه بر متغیر افسردگی کودکان، به لحاظ آماری معنادار است ($P \leq 0/05$).

تحلیل واریانس آمیخته بین- درون آزمودنی ها برای سنجش تأثیر یک بار مداخله بر نمره های افسردگی کودکان در سه دوره ی زمانی (قبل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری) اجرا

جدول ۴: برآورد مقادیر آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت مقایسه میانگین متغیر افسردگی کودکان

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی داری	اندازه ی اثر	توان آماری
افسردگی	مراحل	۸۹/۷۵۶	۲	۴۴/۸۷۸	۴۱/۸۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸	۱/۰۰۰
	گروه*مراحل	۶۲/۳۷۸	۴	۱۵/۵۹۴	۱۴/۵۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۹	۱/۰۰۰
	گروه	۹۷/۱۵۶	۲	۴۸/۵۷۸	۱۰/۳۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	۰/۹۷۷

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری اثربخشی معناداری در کاهش اختلال افسردگی کودکان خانواده های بازساختاریافته نشان داده است. یافته های پژوهش در زمینه ی تأثیر این رویکرد بر کاهش افسردگی کودک، با پژوهش‌های کرو و مک کی (۱۳)، اور، جانکو و الندیک (۱۲)، گارسیا-اسکالرا و همکاران (۱۱)، شهبابی زاده و خواجه امانی (۷)، شجاعی و همکاران (۱۴)، اکبری و همکاران (۹)، صالح،

همانطور که در (جدول ۴) مشاهده می شود، بین دو گروه در مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، در افسردگی کودکان، تفاوت معنادار وجود دارد ($P \leq 0/05$). همچنین نتایج جدول، نشان می دهد که تعامل بین گروه * مراحل (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) در افسردگی کودکان معنادار می باشد ($P \leq 0/05$). در نهایت درمان شناختی رفتاری بر افسردگی کودکان اثر بخش بوده است ($P \leq 0/05$).

یکی دیگر از تبیین‌ها برای نتیجه‌ی پژوهش حاضر، کاهش افسردگی در نتیجه‌ی آموزش حل مسئله به این کودکان بود، تا بتوانند بدون در نظر گرفتن افکار منفی و راهکارهای ناکارآمد، در شرایط استرس‌زای یک خانواده‌ی بازساختاریافته، راهکار درستی را برای مشکلات زندگی خود، پیدا نمایند. این امر به کودکان کمک می‌کند تا متوجه شوند که مشکلاتشان فاجعه‌بار نیست، بلکه قابل مدیریت هستند. در واقع، تمرکز بر روی روشن کردن و حل مسائل است و این موضوع فرصت‌هایی برای موفقیت کودکان در مدیریت مشکلات، به جای احساس غرق شدن توسط آن‌ها را فراهم می‌آورد (۴).

درمان شناختی رفتاری همچنین با افزایش آگاهی و انعطاف‌پذیری روانی، درست‌هنگامی که کودک احساس می‌کند، دیگر کاری از دست او برنمی‌آید، انتخاب‌های دیگری را پیش روی او قرار داد. این درمان، سبب شد که کودک دارای علائم افسردگی، با درک افکار منفی و پردازش‌های ناکارآمد حاصل از سوگیری شناختی، آگاهی یافته و از درآمیختگی اعمال خود با این افکار جلوگیری نماید. با آگاهی و انعطاف‌پذیری روانی، کودک یاد می‌گیرد که با هیجانات و افکار منفی، مقابله‌ی مسأله‌مدار نموده و در نتیجه با چالش‌های خودآیند منفی و پردازش‌های شناختی ناکارآمد، از میزان افسردگی او کاسته شود (۱۲). همچنین آموزش‌های مرتبط با شناسایی و برخورد مناسب با هیجانات، سبب شد که کودک در مواجهه با استرس‌های زندگی، سازگاری و انطباق بیشتری داشته باشد و در نتیجه کمتر به افسردگی، ناامیدی و دیگر پیامدهای منفی زندگی مبتلا شود. در واقع، کودکانی که دارای درک هیجانی بالاتری می‌شوند، به گونه‌ای زندگی می‌کنند که پیامدهای منفی کمتری را تجربه کنند و در ایجاد و حفظ روابط نیز مهارت دارند و این عوامل باعث کاهش افسردگی می‌گردد (۸).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عبارت بود از: ۱- به دلیل ضیق وقت، امکان اجرای پیگیری‌های بلندمدت میسر نشد و لذا پایداری تأثیرات مداخله در بلندمدت بررسی نشده است. ۲- انجام این پژوهش در بافت فرهنگی ایران و با کودکان فارس می‌تواند یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش باشد که تعمیم آن برای فرهنگ‌های غیرایرانی (و حتی غیرفارس) باید با احتیاط انجام گیرد. قطعاً مطالعات بیشتری برای بررسی اینکه آیا نتایج مشابهی در نمونه‌های متفاوت با فرهنگ‌ها، مذاهب و موقعیت‌های

محمودی و پایدار (۱۵) و کرمی، فخرآذری و قاسم‌زاده (۶)، همسو می‌باشد.

با توجه به نتایج پژوهش، به نظر می‌رسد که رویکرد شناختی رفتاری، توانسته است میزان افسردگی ناشی از رویدادهای محیطی مرتبط با وضعیت خانواده‌ی بازساختاریافته را در کودکان کاهش دهد. تبیین این نتیجه را می‌توان در فنون و مهارت‌های شناختی رفتاری به کار برده شده در جلسات جست و جو نمود. یکی از مهم‌ترین فنون به کار برده شده در این رویکرد، عبارت است از بازسازی شناختی. بازسازی شناختی به کودکان کمک می‌کند تا درک کنند که بین افکار، هیجانات و رفتار رابطه‌ی قوی وجود دارد. بنابراین براساس این آگاهی، افکار و حالات افسرده‌ساز شناسایی می‌شوند و با تمرین جایگزینی این افکار، به تدریج افسردگی کاهش می‌یابد (۱۹). بازسازی شناختی، اغلب به کودکان کمک می‌کند تا تشخیص دهند که ممکن است مستعد خطاهای شناختی از قبیل فاجعه‌سازی و اغراق کردن عواقب ناشی از وقایع ناگوار باشند (۱۳). این خطاهای شناختی، مستقیماً روی حالت هیجانی کودک تأثیر می‌گذارد، به گونه‌ای که در برخی به صورت حالت زودرنجی و حساسیت نسبت به اطرافیان، در برخی به صورت افسردگی یا غمگینی و در دیگر کودکان، به صورت استرس و اضطراب نشان داده می‌شود. در واقع کودکانی که رخدادهای ناراحت‌کننده را وحشتناک، فاجعه‌آمیز یا هولناک می‌خوانند، احتمال بیشتری وجود دارد که افسرده شوند (۱۱). بنابراین آموزش به این کودکان در راستای کاهش این نوع تفکر، نتایج هیجانی مثبت تری به بار می‌آورد و فرد را از افسردگی، رهایی می‌بخشد (۱۹).

در تبیین دیگری می‌توان بیان داشت که درمان شناختی رفتاری، منجر به کاهش نشخوار فکری در کودکان گردیده است و در نتیجه، افسردگی را در آنان کاهش داده است. نشخوار فکری، به معنای تمرکز بر افکار است و بسته به اینکه این افکار چه محتوایی دارند (مثبت یا منفی و یا به گذشته یا آینده مربوط باشند)، ممکن است حالات هیجانی متفاوتی در کودک ایجاد کنند، یا حالات هیجانی او را تشدید نمایند. بنابراین احتمالاً کودکانی که در رویارویی با رخدادهای ناراحت‌کننده در خانواده‌های بازساختاریافته، درگیر افکار مربوط به این رخدادهای می‌شوند و برای مدت طولانی به نشخوار فکری می‌پردازند، در مقایسه با کودکان دیگر، افسردگی بیشتری را تجربه خواهند کرد (۲۰).

کودک گردد. از این رو در این پژوهش سعی گردید که از درمان شناختی - رفتاری برای کاهش افسردگی کودکان در این خانواده ها استفاده شود که نتایج بیانگر این موضوع بود که این نوع درمان همانگونه که می تواند بر افسردگی کودکان در خانواده های عادی اثرگذار باشد به صورتی که در پژوهش های پیشین مشخص شده بود، می تواند با استفاده از مجموعه فنون ارزشمند خود، برای کودکان در خانواده های بازساختاریافته که دارای ساختار ویژه ای هستند نیز، مفید واقع شود.

سیاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد اصفهان (خوراسگان) با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1398.034 است. همچنین نویسندگان این پژوهش بدون تعارض در منافع و داشتن سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش، بر خود لازم می دانند که از مسئولین و اساتید محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان و تمام افرادی که پژوهشگران را در رسیدن به نتایج این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می دارند که در این پژوهش، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Mousavi S. Discovery of blended family's pathologies and the comparison of the effect of marital counseling package based on that with smart steps counseling package on pathologies. University of Isfahan: Ph.D. Thesis of family counseling, 2018.
2. Hoenayi RK, Salifu Yendork J. "I Wouldn't Say We Were Treated Equally": Experiences of Young Adult Stepchildren in the Ghanaian Context. *Journal of Divorce & Remarriage* 2018;59(7):539-54. <https://doi.org/10.1080/10502556.2018.1466250>
3. Jensen TM, Harris KM. Stepfamily Relationship Quality and Stepchildren's Depression in Adolescence and Adulthood. *Emerging Adulthood* 2016; 5(3):191-203. <https://doi.org/10.1177/2167696816669901>

اجتماعی مختلف به دست می آید، نیاز است. بنابراین پیشنهاد می گردد که دیگر پژوهشگران علاقه مند به حوزه ی مشکلات کودکان در خانواده های بازساختاریافته، بتوانند این پژوهش را با حجم آماری وسیع تر به ویژه با افرادی از فرهنگ ها و مذاهب دیگر انجام داده و یافته های این پژوهش را عمق ببخشند. همچنین پیشنهاد می گردد از سایر رویکردهای درمانی در کاهش افسردگی کودکان در خانواده های بازساختاریافته، استفاده شود و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه گردد.

نتیجه گیری

به عنوان نتیجه گیری کلی می توان چنین بیان نمود که یکی از گروه های اصلی کودکان دارای مشکلات رفتاری - هیجانی، کودکان مقیم خانواده های بازساختاریافته هستند. سوگ ناشی از فقدان خانواده ی اصلی و نیز روبرو شدن با محیط چالش انگیز جدید، این کودکان را در معرض اختلالات روانشناختی مانند اختلالات افسردگی قرار می دهد، که عدم حل آن ها می تواند کیفیت زندگی این کودکان را به شدت کاهش دهد و بر زندگی آنان اثراتی پایدار داشته باشد. با توجه به وجود مشکل افسردگی کودکان در این خانواده ها، لزوم تدوین و ارائه برنامه های درمانی برای پیشگیری و کاهش این اختلال احساس میشود، و تصور می شود که مداخله در قبل و بعد از ورود کودک به خانواده ی بازساختاریافته، میتواند سبب کاهش افسردگی

4. Shafer K, Jensen TM, Holmes EK. Divorce stress, stepfamily stress, and depression among emerging adult stepchildren. *Journal of child and family studies* 2017;26(3):851-62. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0617-0>
5. Mojtabazadeh F.A.S, Neysi A.A.K. A Comparison of anxiety, depression, aggression and academic performance of a group of third-grade female students with stepfathers. Step-mothers and those with natural parents. *Journal of social psychology (new findings in psychology)* 2008; 2 (6): 7-17.[Persian]
6. Karami S, Fakhazari S, Ghasemadep AR. A study of the effectiveness of group cognitive - behavioral therapy (GCBT) in reducing depression in children of divorce. *Journal of Medical Council of Iran* 2013; 31 (3):218-223. [Persian]

7. Shahabizadeh F, Khaje Aminiyani F. The effectiveness of narrative therapy based on cognitive-behavioral perspective on anxiety of primary school female students. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2018; 19(1): 70-80. [Persian]
8. Arora PG, Baker CN, Marchette LK, Stark KD. Components Analyses of a School-Based Cognitive Behavioral Treatment for Youth Depression. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2019;48:180-193. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1280800>
9. Akbari M, Dehghani B, Jafari A, Kardar A. the effect of game therapy with a cognitive-behavioral approach on the regulation of excitement, anxiety and depression in children with type-1 diabetes. *JNIP* 2017; 1 (2) :45-54. [Persian]
10. Garber J, Frankel SA, Herrington CG. Developmental Demands of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Children and Adolescents: Cognitive, Social, and Emotional Processes. *Annu Rev Clin Psychol* 2016; 12: 181-216. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112836>
11. García-Escalera J, Chorot P, Valiente RM, Reales JM, Sandín B. Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2016; 21(3): 147-175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
12. Oar EL, Johnco C, Ollendick TH. Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America* 2017; 40(4):661-674. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.002>
13. Crowe K, McKay D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *J Anxiety Disord* 2017; 49:76-87. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.001>
14. Shojaei Z, Golparvar M, Aghaei A, Bordbar MR. Comparing the Effectiveness of Group Story Therapy and the Art-Play Therapy on Anxiety and Depression in Children with Cancer: Based on the Framework, Principles and Rules of Cognitive-Behavioral Approach. *IJRN* 2019; 6(1):50-59. [Persian]
15. Gall, M.D., Joyce, P.G., & Borg, W.R. (2006). *Educational research: An introduction*. Translated by Nasr, Ahmad Reza et al., Tehran: Shahid Beheshti University Publication (in Persian).
16. Razavi MS, Fatehizadeh M, Etemadi O, et al. The Codification of Family Factors Model of Children Disorders Using Child Factors as a Mediator [PHD thesis]. University of Isfahan. 2018. [Persian]
17. Minaei A. Adaptation and Normalization of Achenbach Child Behavioral Checklist, Self-Assessment Questionnaire and Teacher Report Form. *Research on Exceptional Children* 2006; 19 (1): 529-58. [Persian]
18. Seiler L. *Cool Connections with cognitive behavioral therapy: Encouraging self-esteem, resilience and well-being in children and young people using CBT approaches*. 1nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers; 2008:47-132.
19. Rith-Najarian LR, Mesri B, Park AL, Sun M, Chavira DA, Chorpita BF. Durability of Cognitive Behavioral Therapy Effects for Youth and Adolescents With Anxiety, Depression, or Traumatic Stress: A Meta-Analysis on Long-Term Follow-Ups. *Behav Ther* 2019; 50 (1): 225-240. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.006>
20. Jensen TM, Harris KM. Stepfamily Relationship Quality and Stepchildren's Depression in Adolescence and Adulthood. *Emerging Adulthood* 2016; 5 (3):191-203. <https://doi.org/10.1177/2167696816669901>