Journal of Police Medicine

Fall 2013; Vol. 2, No. 3: 200-208

Original Article

Effectiveness of Cognitive - Behavioral Group Therapy on Mental Health of Imprisoned Women

Received: 27 August 2013 **Revised:** 7 December 2013 **Accepted:** 11 December 2013

Sara Moradi[1*]
Davood Taghvai[2]
Shima Chehrei[3]

[1]MA student, Psychology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran.

[2]Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran.

[3]Assistant professor, Department of Biology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran.

ABSTRACT

Background: There's a lot of mental disorders in most countries. These disorders are more prevalent among Imprisoned. There are several reasons for the excessive incidence of mental disorders in prisons: There is a wrong notion that people with mental disorders are a risk factor for society, failures in treatment, care and rehabilitation, and above all, poor access to mental health services and mental stress of prison space. Therefore, the present study has been investigated the effectiveness of cognitive - behavioral group therapy on mental health of Imprisoned Women of Borojerd Nesvan Prison.

Materials and Methods: The study method was experimental with pre-test, post-test and control group. Sample size was 30 people that divided randomly into experimental and control groups (15 people). At the first we gave Goldberg General Health Tests to women as pre test and then experimental group were treated with cognitive - behavioral therapy in the during 12 sessions of 120 minutes. In the end, both groups were tested again the same questions as the post test. Data were analyzed using ANCOVA test.

Results: Findings indicated that experimental group was significantly different from control group in terms of digit span ($p<0.001$) and cognitive - behavioral therapy affected on mental health in prisoner women.

Conclusions: The results showed that it is possible to adopt a cognitive - behavioral therapy to improve mental health of prisoner women and they returned to the family and community level by doing by this approach.

Keywords: group therapy, cognitive- behavioral therapy, mental health, prisoner women

[*]**Corresponding Author:**
Sara Moradi
Tel : (+98)9163623732

Email: moradi.sara3069@gmail.com

پاییز۱۳۹۲ – دوره ۲ – شماره ۳– صفحات ۲۰۸-۲۰۰

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر سلامت روان زنان زندانی

تاریخ دریافت: ۵ شهریور ۱۳۹۲ **تاریخ اصلاح:** ۱۶ آذر ۱۳۹۲ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ اذر ۱۳۹۲

چکیده

مقدمه: اختلالات روانی در مقیاس‌های بالایی در اغلب کشورهای جهان وجود دارد. این اختلالات در جمعیت زندانیان شایع‌تر است. میزان بیش از حد اختلالات روانی در زندان ناشی از چند عامل است: تصور غلط و نادرست مبنی بر اینکه افراد دارای اختلالات روانی برای جامعه یک خطر هستند، شکست در ارتقاء درمان، مراقبت و بازپروری و مهمتر از همه دسترسی ضعیف به خدمات بهداشت روانی و فشار روانی ناشی از فضای زندان. بنابراین در این پژوهش تلاش شده است با استفاده از درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی، میزان بهبود سلامت روان زنان زندانی در بند نسوان شهرستان بروجرد مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون– پس‌آزمون با گروه کنترل بود و حجم نمونه طبق اصول علمی ۳۰ نفر درنظر گرفته شد که به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. درابتدا پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) به عنوان پیش آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس گروه آزمایشی تحت درمان شناختی– رفتاری به شیوه‌ی گروهی به مدت ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و در آخر از هر دو گروه مجدد همان پرسشنامه بعنوان پس آزمون گرفته شد. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که قدرت ارتباط اثرآموزش درمان گروهی شناختی– رفتاری با بهبود سلامت روان (۰/۸۴) است. و فرضیه پژوهش تأیید شد (P<۰/۰۰۱). تفاوت معنادار میان گروه مداخله با گروه کنترل به لحاظ تست فراخنای اعداد و همچنین نشان‌دهنده اثر درمان گروهی شناختی– رفتاری بر سلامت روان زنان زندانی بود.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد می‌توان با اتخاذ درمان گروهی شناختی– رفتاری وضعیت سلامت روان زنان زندانی را بهبود بخشید و با این شیوه آنان را به سطح خانواده و جامعه بازگرداند.

کلید واژه‌ها: درمان گروهی، درمان شناختی– رفتاری، سلامت روان، زنان، زندانیان

سارا مرادی[1*]
داوود تقوایی[2]
شیما چهره ئی[3]

[1]دانشجوی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.
[2]استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.
[3]استادیار، گروه زیست شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

[*]نویسنده مسئول:
سارا مرادی
تلفن: ۰۹۱۶۳۶۲۳۷۳۲(+۹۸)
پست الکترونیک:
moradi.sara3069@gmail.com

مقدمه

در جامعه مدرن و پیچیده امروز، مسأله سلامت از مقوله‌های مهم محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی بهداشت روانی را، چیزی صرفاً بیش از عدم بیماری و ناتوانی می‌داند و در عوض آن را یک حالت بهزیستی اجتماعی، روانی، جسمانی و معنوی کامل تعریف می‌کند. در زیر بنای این نگاه اعتقاد بر این است که همه افراد، دارای نیازهای بهداشتی روانی هستند و این گونه نیست که فقط افرادی که دارای اختلالات روانی قابل تشخیص هستند به مداخله

Journal of Police Medicine
Fall 2013; Vol. 2, No. 3: 200-208

نیازمند باشند. افراد ظرفیت رشد و پیشرفت را دارند و مشاوران می‌توانند بجای صرف حذف آسیب‌های به تسهیل سلامت و رشد آنان کمک نمایند [۱].

لوینسون و همکارانش سلامت روان را عبارت از این دانسته‌اند که؛فرد چه احساسی نسبت به خود و دنیای اطراف محل زندگی و اطرافیان دارد و مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل با دیگران دارد، چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش حائز اهمیت است [۲].

کاپلان و سادوک سلامت روان را همان حالت بهزیستی و این احساس در فرد که می‌تواند با جامعه کنار بیاید و موقعیت‌های شخصی و ویژگی‌های اجتماعی برای او رضایت بخش است، می‌دانند.

تعداد زیادی از مبتلایان به اختلالات روانی به واسطه عدم بستری در بیمارستان و عدم برخوداری از هر گونه برنامه درمانی مناسب، عدم درک مناسب خانواده، فامیل و دوستان آن‌ها از این افراد و از طرف دیگر اطلاق برچسب‌هایی هم چون تنبل، بی عرضه، احمق و نظایر آن به بیماران ناگزیر روانه زندان می‌شوند [۲]. آمارهای موجود نشان می‌دهند که شیوع جرم در بسیاری از کشورها در حال افزایش است و همگام با آن پدیده ی زنان زندانی رو به افزایش است. هم چنانکه پدیده زنان زندانی در جامعه رو به افزایش است [۳]. مطالعات انجام شده نشان داده است که زنان زندانی در مقایسه با مردان زندانی بیشتر از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی رنج می‌برند. با توجه به این که بسیاری از زنانی که در زندان به سر می‌برند دارای مشکلات فکری و روانی هستند و اکثر تخلف آن‌ها بیشتر جنبه سرپیچی از سلامت اجتماعی دارد تا یک جرم حقوقی، ولی متاسفانه نیازهای مرتبط با سلامت روانی زنان که جزء اقلیت هستند، معمولاً نادیده گرفته می‌شود [۴].

یکی از رویکردهای که در چند دهه اخیر در زمینه سلامت روان پیشرفت‌های عمده ای داشته است رویکرد درمان شناختی – رفتاری است که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده است. نقش درمانگر کمک به بیمار برای شناسایی سبک تفکر خاص خویش و تغییر آن با استفاده از شواهد و منطق است. به این ترتیب شناخت درمانی ادامه ی مسیر طولانی و معتبر الگوهای مبتنی بر استدلال نظیر گفتگو بر اساس منطق سقراطی و روش ارسطویی جمع آوری و طبقه بندی اطلاعات درباره ی دنیای واقعی است. مدل شناختی بر نقش محوری ۱) شناخت هیجانی و ۲) پردازش طرحواره ای به عنوان عامل تعیین کننده در پردازش اطلاعات، و بازتاب انقلاب شناختی در حوزه ی روانشناسی در طول دهه ۱۹۷۰ است [۵].

نتایج نشان داده است که بین دو گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری از لحاظ وضعیت سلامت روانی تفاوت معنی داری دیده می‌شود و درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود در افراد معتاد مؤثر بوده است [۶].

در یکی از مطالعات اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش سردرد تنشی مزمن مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن اثر مثبت این روش درمانی را نشان داد [۷]. در پژوهشی تأثیر درمان شناختی – رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی– رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان را مقایسه کردند. نتایج نشان داد درمان رفتاری شناختی مبتنی بر رویکرد اسلامی اثری مشابه درمان شناختی و رفتاری کلاسیک دارد. آن‌ها نتیجه گرفتند اگر چه هر دو رویکرد درمان هم زمان و درمان فردی بر کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان مرد تأثیر دارد ، اما میزان اثر بخشی درمان هم زمان بیشتر از درمان فردی است. نتیجه پیگیری ۸ ماه پس از خاتمه درمان حاکی از پایداری اثر مداخلات صورت گرفته روی زندانیان هر دو گروه بوده به طوری که طی این مدت هیچ یک از آن‌ها به خاطر انجام مجدد جرم به زندان باز نگشتند [۸].

مروری بر پژوهش‌ها نشان داد که وقفه یا بازداری در ظرفیت‌های روان شناختی فرد و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول کننده، سبب بی تفاوتی فرد نسبت به وظایف و اعمال خود می‌شود. این فرآیند، سبب استقرار و گسترش نشانه‌های جسمانی افسردگی و اضطراب گردیده است [۹]. پژوهشگران ضمن سبب شناسی و شیوه‌های ارزیابی و درمانی اختلالات روانی دریافتند که در نیمی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و شخصیتی، مداخلات رفتاری یکی از کارآمدترین شیوه‌های درمانی به حساب می‌آید. مداخلات روانشناختی به خصوص شیوه‌های شناختی رفتاری در درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی را سرعت بخشیده و از احتمال بازگشت آن نیز در آینده می‌کاهد [۴]. یکی دیگر از بررسی‌های مهم در زمینه گروه درمانی شناختی رفتاری بر روی ۲۱ نفر از افراد مبتلا به افسردگی اجرا شد و نشان داد که بسیار اثربخش بوده است. در مطالعه‌ای دیگر اثر بخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی برروی ۲۶ بیمار مبتلا به افسردگی و اضطراب بررسی شد که نتایج مثبتی به همراه داشت [۱۱ , ۱۰]. تحقیقات زیادی در مورد تأثیر درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی انجام شده است که یافته‌های این تحقیقات با یکدیگر سازگار نبودند و بیان کردند که این روش نیاز به بررسی بیشتری دارد [۱۳ و ۱۲].

[1:] Angiogenesis

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۲ – دوره۲ – شماره ۳– صفحات ۲۰۰–۲۰۸

از آنجا که مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که زنان زندانی در مقایسه با مردان زندانی با فراوانی بیشتر اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی رو به رو بوده و رنج می‌برند [۱۴]. از طرفی تاریخچه زندان و مقابله با جرایم نیز نشان داده است که روش‌های متکی بر تنبیه و مجازات نه تنها نمی‌توانند از بروز و ارتکاب مجدد جرم جلوگیری کنند، بلکه در مواردی نیز بر شدت و تعداد این موارد می‌افزایند [۱۵]. امروزه اعتقاد بر این است که استفاده از روش‌های بازپروری و تأکید بر توان بخشی روانی مددجویان، به خصوص در آن دسته از مددجویانی که دچار نواقص شناختی و اختلالات روانی هستند، بسیار مفید و مؤثر است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقدماتی از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش استفاده شده است. در این طرح آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب و به کمک همین روش در گروه‌های مختلف تقسیم می‌شوند. سپس قبل از اجرای متغیر مستقل (X)، آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه به وسیله پیش آزمون مورد بررسی قرار می‌گیرند. جامعه آماری زنان زندانی اعم از محکوم و متهم در بند نسوان زندان شهرستان بروجرد بود که بر اساس آمار داده شده توسط زندان این جامعه ۳۶ نفر گزارش شد. این جامعه ثابت نمی‌باشد اما در زمان اجرای تحقیق، این تعداد در بند نسوان حضور داشتند. از این تعداد بصورت تصادفی ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب شدند و به ۲ گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند یک گروه بعنوان گروه آزمایش و گروه دیگر بعنوان گروه گواه درنظر گرفته شدند. درابتدا پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) بعنوان پیش آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس گروه آزمایشی تحت درمان شناختی– رفتاری به شیوه‌ی گروهی به مدت ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای قرار گرفت و در آخر از هر دو گروه مجدد همان پرسشنامه بعنوان پس آزمون گرفته شد. در این پژوهش بر اساس راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی گروه آزمایش طی شش هفته ،هر هفته دو جلسه یعنی ۱۲ جلسه و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه (دو ساعت)، آموزش داده شدند و یک جلسه مقدماتی نیز برای آشنایی گروه در نظر گرفته شد که جمعاً ۱۳ جلسه به طول انجامید که شرح این جلسات قید شده است:

جلسه مقدماتی: آماده سازی، تعیین اهداف و آشنایی با افراد گروه سخنرانی آموزشی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، آموزش لازم در زمینه تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می‌کنیم، تمثیل چمدان برای شناخت درمانی، تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شد.

جلسه دوم: توضیح نظریه شناختی افسردگی؛ دسته‌بندی باورها، ایجاد شناخت نسبت به اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خودآیند؛ توضیح مقاومت در برابر درمان و شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آن‌ها؛ تمرین ریلکسیشن.

جلسه سوم: آشنایی با تزریق فکر و روش پیکان عمودی و تمرین آن‌ها.

جلسه چهارم: آشنایی با انواع باورها و دسته بندی باورهای شخصی افراد.

جلسهٔ پنجم: تهیهٔ فهرست اصلی باورها، آشنایی با نقشه‌های شناختی و تهیه رتبه بندی SUD.

جلسهٔ ششم: تمرین تغییر باورها و آزمون باورها، تمثیل هیولای دریاچه ، تحلیل واقعیت (قاضی و هیأت منصفه) و تحلیل عینی.

جلسهٔ هفتم: تحلیل سودمندی و همسانی و تمرین آن.

جلسه هشتم: آموزش تحلیل منطقی و تمرین کردن آن.

جلسهٔ نهم: تهیّه سلسله مراتب و آشنایی با باور مخالف و نحوه پذیرش آن.

جلسهٔ دهم: آموزش تغییر ادراکی و تکمیل برگه‌های تغییر ادارکی، آموزش بازداری قشری اختیاری.

جلسهٔ یازدهم: آموزش تنبیه خود و خود پاداش‌دهی و آموزش روش نگهدارنده.

جلسهٔ دوازدهم: پیگیری و ارزیابی پس از درمان.

ابزار گرد آوری اطلاعات

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28)

پرسشنامه ۲۸ عبارتی سلامت عمومی گلدبرگ یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شد. فرم اصلی آن دارای ۶۰ عبارت است و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ عبارتی نیز تهیه و به ۳۸ زبان ترجمه شده و مطالعات روان سنجی بر روی آن در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) ویژگی‌های روان سنجی نسخه‌های مختلف را در ۴۳ مطالعه در کشورهای مختلف جهان بررسی نمودند و نشان دادند ۲۸ سوالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت مناسب تری است. ۴ عامل اساسی شامل مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی استخراج گردید. ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای با روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز روی

[1] Dimethyl sulfoxid

Journal of Police Medicine
Fall 2013; Vol. 2, No. 3: 200-208

گروه ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده که در سطح یک هزارم معنادار است. یعقوبی (۱۳۷۴) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. تقوی (۱۳۸۰) به منظور تعیین اعتبار این پرسشنامه از سه روش بازآزمایی، دونیمه سازی و ثبات درونی استفاده نمود. که به ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۸۶ به‌دست آمد. روش نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د، نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هریک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات ۴ زیرمقیاس را جمع کرده و نمره کلی را به‌دست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر (۶-۰) نشانگر سلامت روان بهتر و نمره بیشتر (۲۱-۱۷) نشان سلامت روان حادتر می‌باشد.

یافته‌ها

شاخص‌های مرکزی (میانگین و انحراف استاندارد) بررسی شده در این پژوهش نشان می‌دهد که نمرات پیش آزمون در تمامی متغیرها تقریباً برابر است که این برابری بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌باشد (جدول ۱).

بعد از فراهم ساختن شرایط، آزمون تحلیل کواریانس اجرا شد. با حذف اثر نمره‌های سلامت روان پیش آزمون به عنوان متغیر مداخله گر، اثر اصلی متغیر آموزش بر نمره‌های پس آزمون معنادار بود. و یافته‌ها نشان دهنده قدرت ارتباط اثر آموزش درمان گروهی شناختی- رفتاری با بهبود سلامت روان است (جدول ۲).

بحث و نتیجه گیری

در اغلب جوامع افرادی که از اختلالات روانی رنج می‌برند با نادیده گرفتن (ناچیز شمردن و به حاشیه راندن) یا داغ اجتماعی و تبعیض در دسترسی به امکانات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی (که ناشی از تصورات غلط شایع در مورد اختلالات روانی است) مواجه می‌شوند. این داغ و برچسب و تبعیض معمولاً در زندان وجود دارد و زندانی به خاطر اقامت در زندان با انزوا و ناچیز شمرده شدن بیشتری در جامعه زندان مواجه می‌شود.

درمان‌های موثر زیادی برای اختلالات روانی وجود دارد اما اغلب منابع در دسترس محدود در راه‌های غیرضروری به هدر می‌رود و خدمات و مداخله‌های گران‌قیمت فقط به تعداد قلیلی از افراد نیازمند می‌رسد. ساختن بیمارستان‌های روان‌پزشکی در زندان نیز به علت هزینه‌های زیاد برای تأسیس، ظرفیت محدود، میزان ناچیز ترخیص بیماران و برچسب خوردن بر افراد مقیم این مراکز مقرون به صرفه نیست. تأثیرات روان شناختی زندان از فردی به فرد دیگر متفاوت است و بسته به مرحلهٔ زمانی دوران حبس نیز تنوع می‌یابد. از سویی نمی‌توان گفت که رفتار مجرمانه همیشه برابر با کسالت روانی است و از سوی دیگر کسانی که از این تبعات منفی روحی رنج می‌برند لزوماً اختلال روان شناختی یا آسیب شناسی روانی مشخصی را نشان

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیر های پژوهشی گروه آزمایش و گواه

گروه	متغیر	انحراف استاندارد ± میانگین
آزمایش پیش آزمون	سلامت روان	۴۱/۶۸±۱۵/۸
	افسردگی	۱۴/۶±۴/۱۴
	عملکرد اجتماعی	۱۳±۳/۵
	اضطراب	۱۴±۳/۶
	علایم جسمانی	۱۳/۱۳±۳/۵
	علایم اختلال خواب	۹/۹±۴/۶۴
آزمایش پس آزمون	سلامت روان	۱۷/۲±۶/۰۷
	افسردگی	۱۲/۰۳±۳/۱۱
	عملکرد اجتماعی	۱۰/۷۳±۳/۱۱
	اضطراب	۱۱/۷۰±۳
	علایم جسمانی	۱۰/۵۶±۳/۳۵
	علایم اختلال خواب	۳/۹±۱/۸
گواه پیش آزمون	سلامت روان	۴۶/۶±۱۵/۲
	افسردگی	۱۳/۵±۳/۹
	عملکرد اجتماعی	۱۲/۳±۳/۲
	اضطراب	۱۲/۹±۳/۰۳
	علایم جسمانی	۱۲/۸±۳/۱۹
	علایم اختلال خواب	۱۲/۶±۳/۹
گواه پس آزمون	سلامت روان	۴۶/۶±۱۵/۲
	افسردگی	۱۱/۴۶±۳/۲۶
	عملکرد اجتماعی	۱۲/۴۳±۲/۹
	اضطراب	۱۱/۹۶±۲/۷۴
	علایم جسمانی	۱۲/۰۶±۳/۱۲
	علایم اختلال خواب	۱۲/۱۲±۳/۹

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۲ – دوره۲ – شماره ۳– صفحات ۲۰۰-۲۰۸

جدول ۲: تحلیل کوواریانس اثرهای آموزش درمان گروهی شناختی– رفتاری بر بهبود سلامت روان زنان زندانی

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	معناداری	ضریب ایتا
مداخله گر (نمره پیش آزمون سلامت روان)	۵۸۱۸/۴۹	۱	۵۸۱۸/۴۹		
اثراصلی (آموزش)	۱۰۱۱۵۱/۴۹	۱	۱۰۱۱۵۱/۴۹	۰/۰۱	۰/۸۴
خطای باقیمانده	۱۹۶۵/۵	۵۷	۲/۳۵		

نمی‌دهند. با تأکید بر اثرات روحی قابل شناسایی از جهت بالینی یا موارد شدید اختلال‌های روانی به تغییرات روان شناختی گسترده‌تر و ظریف‌تری که به طور عادی و روتین در دوره‌ی انطباق با زندان روی می‌دهد توجه بیشتری مبذول داشت.

نتایج این پژوهش نشان داد تفاوت چندانی بین میانگین سلامت روان در مرحله‌ی قبل از درمان گروهی شناختی– رفتاری بین دو گروه گواه و آزمایش وجود ندارد و تقریباً میانگین نمرات مؤلفه‌های مذکور شبیه به هم است نتایج این پژوهش میانگین نمرات سلامت روان را در بین افراد گروه آزمایش در مرحله بعد از درمان شناختی رفتاری، از ۴۱/۶۸ به ۱۷/۲ گزارش نمود که نشان دهنده‌ی تأثیر مثبت درمان شناختی رفتاری روی بهبود وضعیت سلامت روان افراد گروه آزمایش است که این میزان در گروه گواه تغییری دیده نشد و همان ۴۶/۶ گزارش شد (جدول ۱).

همچنین با توجه به یافته‌های به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی– رفتاری به شیوه گروهی بر بهبود وضعیت سلامت روان زندانیان زن اثر گذار بوده است. که این نتایج با تحقیقات و یافته‌های دیگر [۱۱–۶] همسو و هماهنگ بود. اما با نتایج پژوهش اویی و دینگل (۲۰۰۷) مطابقت نداشت زیرا یافته‌های آنان نشان داد درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی اثربخشی لازم را ندارد و نیاز به بررسی بیشتری دارد.

میانگین ۵ مؤلفه سلامت روان نیز در این پژوهش به طور جداگانه در دو گروه آزمایش و گواه بررسی شد. میانگین افسردگی در پیش آزمون گروه آزمایش ۱۴/۶ گزارش شد اما این میزان در پس آزمون به ۱۲/۰۳ کاهش یافت. در گروه گواه نیز میانگین افسردگی ۱۳/۵ به ۱۱/۴۶کاهش یافت. میانگین عملکرد اجتماعی گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۳ گزارش شد که این میزان در پس آزمون به ۱۲/۳ کاهش یافت. در گروه گواه این متغیر تغییر چندانی نداشت، در پیش آزمون ۱۲/۳و در پس آزمون ۱۲/۴۶ گزارش شد.

میزان میانگین اضطراب گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۴ گزارش شد که در پس آزمون به ۱۱/۷۰ کاهش یافت. در گروه گواه میانگین این متغیر ۱۲/۹ گزارش شده که در پس آزمون تغییر چندانی نداشت و به ۱۱/۹۶ رسید. علایم جسمانی در گروه آزمایش از ۱۳/۱۳ به ۱۰/۵۶ کاهش یافت اما در گروه گواه تغییر چندانی نداشت، در پیش آزمون ۱۲/۸و در پس آزمون ۱۲/۰۶ گزارش شد. علایم اختلال خواب در گروه آزمایش تغییر بارزی داشت و از ۹/۹ به ۳/۹ کاهش محسوس گزارش شد. در پیش آزمون گروه گواه این میزان ۱۲/۶ گزارش شد که تفاوت چندانی با پس‌آزمون نداشت (جدول ۱).

آنچه که می‌توان از نتایج این پژوهش به‌دست آورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر بهبود سلامت روان زنان زندانی است بنابراین می‌توان با بهره گیری از نتایج این پژوهش دستورالعمل معینی به زندان‌ها ابلاغ نمود تا بر اساس آن یک برنامه ریزی معین جهت دوره‌های روان‌درمانی به شیوه‌ی گروهی برای زندانیان درنظر گرفت. می‌توان با گنجاندن دوره‌های درمانی سلامت روان زندانیان را در زندان بهبود و حتی ارتقاء داد تا بتوانند شرایط سخت را به بهترین شیوه تحمل کنند و هنگامی که زندان را ترک می‌کنند به جای افزوده شدن معضلات روانی، سلامت روان کسب کنند و به جامعه نیز صدمات کمتری وارد کنند.

منابع

1. Sanaei Zaker B, Nasiri H. Effects of religion oriented cognitive group psychotherapy on decrease of depression and anxiety of the inpatients with mood disorder at isfahan norr medical center. J Counsel Res Develop 2000; 7: 89-96. (Persian)
2. Milanifar B. Mental Health. 3rd ed. Tehran: Ghoomes Press 2003; 27. (Persian)
3. Abdolhadi B, Foroghan M, Dadkhah A, Delavar A. The frequency of personality disorders in the women prisoners of Tehran and Karadje 2003. Social

Journal of Police Medicine
Fall 2013; Vol. 2, No. 3: 200-208

Welfare Quarterly 2004; 3: 301-7. (Persian)
4. Rothblum FM. Depression among lesbians. An invisible and unresearched phenomenon. J Gay Lesbian psychotherapy 1992; 1: 67-8
5. Peterson AL, Halstead TS. Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. Behav Ther 1999; 29: 3-18.
6. Mollahzade J, Ashouri A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in improve-ment of relapse prevention skills and mental health in the addicts. Daneshvar Raftar 2009; 34:1-12. (Persian)
7. Sadoughi M, Akkashe G. Effectiveness of cognitive -behavioral therapy on reduction of chronic tension headache. J Shahrekord Univ Med Sci 2009; 3: 92-85. (Persian)
8. Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Neshatdust HT, Bakhshani NA. Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. J Fundam Ment Health 2010; 11: 282-91. (Persian)
9. Ng R, Cheung M, Suen L. Cognitive-behavioural therapy of psychosis: An overview and 3 case studies from Hong Kong. Hong Kong Journal of Psychiatry 2003; 13: 26-33.
10. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. Am J Psychiatry 2003; 160: 1223-32.
11. Kush FR, Fleming LM. An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. Group Dyn-Theor Res 2000; 11: 176-83.
12. Oei T, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. J Affict Disord 2008; 107: 5-21.
13. Walmsley R. World prison population list (fourth edition). Findings 188, Home Office, London, 2003; No author, Four out of every 1000 in prison– Nicro, iafrica. com, 2 October 2003
14. Medlicott D. 'Women in preson' in Jewkes Y. Handbook on prisons. Devon: Willan publishing 2007; 64-8.

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۲ – دوره۲ – شماره ۳- صفحات ۲۰۰-۲۰۸