

## اثربخشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای افراد دارای اختلال اضطراب

فریبا دلبرنسب<sup>۱</sup>، سیدمحمود میرزمانی بافقی<sup>۲</sup>، حمیدرضا وطن خواه<sup>۳</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش گروه‌درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای افراد دارای اختلال اضطرابی بود. **روش:** این پژوهش از نوع آزمایشی بوده و در قالب یک طرح پیش-آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شده است. بدین منظور ۲۰ نفر از افرادی که تشخیص اختلال اضطرابی را داشتند به صورت تصادفی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) گماشته شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای ای اندلر و پارکر استفاده شد که در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. مداخله شناختی- رفتاری به مدت ۱۱ جلسه برای گروه آزمایش برگزار گردید ولی گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات گروه آزمایش در راهبردهای مسأله‌مدار نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌دار و در راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی کاهش معنی‌داری داشته است. **نتیجه‌گیری:** گروه درمانی شناختی رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای (مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) تأثیرگذار است. **واژه‌های کلیدی:** شناختی- رفتاری، گروه درمانی، راهبرد مسأله‌مدار، راهبرد هیجان‌مدار، راهبرد اجتنابی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

<sup>۱</sup>. پژوهشگر

<sup>۲</sup>. استاد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، اسلامشهر، ایران

<sup>۳</sup>. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، تهران، ایران

## مقدمه

اختلالات اضطرابی نظیر دیگر بیماری‌های جدی به طور مشخص عملکرد روانی- اجتماعی و کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند (مندلویز و استین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). یک چهارم جمعیت جهان از حداقل یکی از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند (اسپیلبرگر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). اختلالات اضطرابی شامل اضطراب منتشر<sup>۳</sup>، پانیک<sup>۴</sup>، اضطراب اجتماعی<sup>۵</sup>، وسواسی جبری<sup>۶</sup> و اختلال اضطراب پس از سانحه<sup>۷</sup> می‌باشند (آیزنگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش‌های دوره‌م<sup>۹</sup> (۲۰۰۷)؛ چامبلس و گیلیس<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۳)؛ بوتلر<sup>۱۱</sup> و همکاران (۱۹۹۱)؛ پاور<sup>۱۲</sup> و همکاران (۱۹۹۰)؛ در این راستا نشان داده است که اضطراب، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی می‌باشد. به طور متوسط از هر ۱۰۰ کودک، ۱۳ نفر بین سنین ۹ تا ۱۷ سال یکی از انواع اختلالات اضطرابی را تجربه می‌کنند و شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است (کورپیتا و بارلو، ۲۰۱۳).

گزارش‌های تحقیقی مختلف نشان می‌دهند که در انواع اختلالات اضطرابی، اضطراب جدایی بین ۱٪ تا ۲/۴٪، اضطراب اجتماعی ۱ تا ۲، اضطراب منتشر ۴٪ تا ۴/۲٪ و فوبی خاص ۱/۹ تا ۲/۴ درصد در بین جمعیت عمومی نوجوانان شیوع دارد (کونولی و برنستاین، ۲۰۰۷). از سوی دیگر براساس نتایج پژوهش‌ها، اختلال‌های اضطرابی اغلب با مشکلات متعدد تحصیلی، اجتماعی و هیجانی همراه است. این مشکلات همراه با هم می‌توانند تاثیر زیادی بر عملکرد روانی- اجتماعی افراد داشته باشند در این راستا، هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی، تشخیص، پیشگیری و درمان مشکلات این افراد صورت گیرد، ارزشمند بوده و می‌تواند راهبردهای مهمی برای مراکز آموزشی، پرورشی، بهداشتی و درمانی به همراه داشته باشد. پژوهش لیندزی<sup>۱۳</sup> و همکاران (۱۹۸۷) در درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب حاکمی

- 
- 1- Mendlowicz & Stein
  - 2- Spielberger
  - 3- Generalized anxiety
  - 4- Panic
  - 5- Social anxiety
  - 6- Obsessive compulsive disorder
  - 7- Posttraumatic stress disorder
  - 8- Eysenck
  - 9- Durham
  - 10- Chambless & Gillis
  - 11- Butler
  - 12- Power
  - 13- Lindsay

از آن است که درمان‌های شناختی-رفتاری موثرتر و کارآمدتر از درمان‌هایی دارویی هستند. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمان‌های شناختی-رفتاری برای درمان اختلال اضطراب، تاثیر مطلوبی روی کاهش سودمند اضطراب و افکار نگران کننده می‌گذارد و آثار سودمند آن پس از یک دوره پیگیری ۱۲-۶ ماهه ادامه می‌یابد.

در سال‌های اخیر توجه قابل ملاحظه‌ای در اندازه‌گیری میزان سلامتی افراد و قدرت تاثیرگذاری بیماری‌های روان‌شناختی و جسمی بر روی فعالیت‌های روزانه و رفتارهای آنها به وجود آمده که این اندازه‌گیری‌ها به یک نگرش و رویکرد کلی‌نگر در سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی معطوف شده است. بحران‌های مالی و جهانی و به خطر افتادن امنیت اقتصادی در دنیا موجب شده است تا سلامت روانی و ارتقای استانداردهای زندگی در بسیاری از کشورها توجه زیادی را به خود جلب نماید. بحران‌های اقتصادی باعث افزایش بیکاری، کاهش درآمدها، افزایش فقر و تنگدستی شده که به طور کلی بر سلامت روان افراد تاثیر می‌گذارد. سازمان بهداشت جهانی بهنجاری را سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌داند. سلامت روانی مستلزم فقدان اختلال روانی است و اختلال روانی، الگوی روان‌شناختی یا رفتاری است که با ناراحتی یا افزایش قابل توجه رنج، درد، ناتوانی یا از دست دادن اختیار عمل مشخص می‌شود. توومی، اریلی و بیرنه (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب و افسردگی در مراقبت اولیه پرداختند. پژوهش فوق به صورت فراتحلیل انجام شد. نتایج فراتحلیل نشان داد مدل چندگانه CBT برای درمان نشانگان اضطراب و افسردگی در مراقبت اولیه موثر می‌باشد. بندلو، ریتی، روور، میچلیس، گرولیک و ویکیند (۲۰۱۵) در پژوهشی به فراتحلیل اثربخشی درمان‌های اختلالات اضطرابی پرداختند. در پژوهش فوق اثربخشی درمان دارویی، روانشناختی و درمان‌های ترکیبی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد از میان درمان‌های روانشناختی، مداخله شناختی-رفتاری بر درمان اضطراب تاثیر دارد. هافمن، وو، بوتچر (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب پرداختند. پژوهش فوق به صورت فراتحلیل صورت گرفت. در پژوهش فوق ۴۴ مطالعه که مداخله شناختی-رفتاری صورت گرفته بود مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی افراد دارای اختلال اضطرابی می‌باشد. هندریکس، کامپن، کیجرس، هوگین و وشار (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری در افراد سالمند مبتلا به اختلال پانیک و آگروفوبیا پرداختند. ۱۷۲ بیمار مبتلا به اختلال پانیک مداخله شناختی-رفتاری را دریافت

کردند. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال پانیک و آگروفوبیا می باشد.

بساک نژاد، نیازی، داودی (۱۳۹۰) در پژوهشی به اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری به روش کندال بر اضطراب دختران نوجوان پرداختند. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک متغیره نشان داد بین نمرات اضطراب پس از آزمون دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معناداری وجود دارد که با گذشت یک ماه از پایان درمان نیز این تغییر تداوم داشت. پدram، محمدی، نظیری و آیین‌پرست (۱۳۸۹) در پژوهشی به اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه پرداختند نتایج پژوهش نشان داد گروه‌درمانی به طور معنادار به کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش امیدواری بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل منجر شد اما چنین تغییراتی در گروه کنترل مشاهده نشد. زرگر، بساک نژاد، اخلاقی جامی و زمستانی (۱۳۹۳) در پژوهشی به مقایسه تاثیر آموزش گروهی مهارت اجتماعی و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان پرداختند نتایج نشان داد در کاهش اضطراب اجتماعی، آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی و درمان گروهی شناختی- رفتاری نسبت به گروه کنترل موثرترند ولی بین درمان گروهی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. براساس پژوهش‌های اشاره شده هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروه‌درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای افراد دارای اختلال اضطراب بوده است.

## روش پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران دارای اختلال اضطرابی در شهر تهران بود. ۲۰ نفر از افرادی که تشخیص اختلال اضطرابی را داشتند به عنوان نمونه پژوهش به صورت تصادفی انتخاب شده و در ۲ گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از دو پرسشنامه:

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای

برای سنجش سبک‌های مقابله‌ای از پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای اندلر- پارکر (۱۹۹۰) استفاده شد. این پرسشنامه با هدف ارزیابی انواع سبک‌های کنار آمدن افراد در موقعیت‌های استرس‌زا به سه صورت سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۴۸

سؤال است که هر ۴۸ سؤال به یکی از ابعاد کنار آمدن مربوط است. سؤالات بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) اندازه‌گیری می‌شوند. اندلر و پارکر (۱۹۹۰) پایایی سبک‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را برای نمونه پسران به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای نمونه دختران ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آوردند.

#### برنامه‌های مداخله‌ای

برای طراحی این مداخله ابتدا نیازهای ویژه افراد دارای اختلال اضطراب مد نظر قرار گرفته و مسائل مربوط به سازگاری آنان در اولویت و لازمه شروع بهتر مداخله تلقی می‌شود. مراحل انجام مداخله براساس الگوی درمان شناختی رفتاری گروهی ارایه شده توسط بیلینگ، مک کابی و آنتونی (۲۰۰۶) طراحی شد. آنها مداخلات شناختی رفتاری گروهی برای درمان اختلالات روانشناختی را در چهار مرحله، شامل مرحله اولیه (جهت گیری و فاش سازی)؛ مرحله انتقال (مبارزه با مقاومت ها)، مرحله فعالیت (انسجام و بازدهی) و مرحله نهایی (تثبیت و اختتام) بیان کرده اند. برنامه مداخله شناختی- رفتاری گروهی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: برنامه مداخله شناختی- رفتاری گروهی

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. چارچوب اساسی برنامه و هدف از تشکیل گروه در مرحله مقدماتی توسط درمانگر توضیح داده می شود.</li> <li>۲. پیش از من اجرا می شود و افراد بر طبق معیارهای ورود و تمایل جهت شرکت در گروه گزینش می شوند.</li> <li>۳. هر کدام از اعضا که جهت شرکت در گروه مشخص شده‌اند توسط درمانگر به صورت فردی ۱۰ دقیقه مصاحبه می شوند و اطلاعات لازم در اختیار شرکت کنندگان گذاشته می شود.</li> <li>۴. قرارداد درمانی بسته می شود.</li> </ol>
جلسه دوم	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. اعضا خود را برای سایرین معرفی می کنند.</li> <li>۲. هر کدام از اعضا هدفشان را از شرکت در گروه بیان می کنند.</li> <li>۳. برخی از قوانین مثل حفظ اسرار گروه به بحث گذاشته شده و توافق به عمل می آید.</li> <li>۴. هر کدام از اعضا انتظاراتشان را از گروه بیان می کنند</li> <li>۵. انتظارات بیان شده در گروه به بحث گذاشته می شود</li> <li>۶. خلاصه‌ای از راهبردهای درمانی توسط درمانگر بیان می شود</li> </ol>

<p>۱. تکالیف مورد بررسی قرار می‌گیرد.</p> <p>۲. عضو شرکت‌کننده در گروه احساسات خود را درباره موقعی که دچار اضطراب می‌شود بازگو کرده و اعضای دیگر بازخورد ارایه می‌دهند.</p> <p>۳. تجارب مشترک به هنگام موقعی که احساس اضطراب می‌کنند توسط اعضا بازگو می‌شود.</p> <p>۴. اعضا به همدیگر برای بیان ترس‌ها و اضطراب‌هایشان کمک می‌کنند.</p> <p>۵. اختلال اضطرابی و انواع آن توسط درمانگر تشریح می‌شود.</p>	<p>جلسه سوم</p>
<p>۱. تکالیف مورد بررسی قرار می‌گیرد.</p> <p>۲. اعضا برخی از تجربه‌های خود درباره آزردهی‌های روانی به وجود آمده در موقعیت‌های گوناگون را بیان می‌کنند و نحوه مقابله با آنها را بیان می‌کنند و دیگران فعالانه گوش می‌دهند و بازخوردهای لازم را ارایه می‌دهند.</p> <p>۳. آموزش ارتباط متقابل فرایندهای شناختی، رفتاری، فیزیولوژیک و هیجانی.</p>	<p>جلسه چهارم</p>

## یافته‌ها

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
راهبرد مسأله‌مدار	پیش آزمون	آزمایش	۲/۴۳	۰/۲۳
		کنترل	۲/۴۱	۰/۲۱
	پس آزمون	آزمایش	۳/۹۵	۰/۴۰
		کنترل	۲/۴۵	۰/۳۱
راهبرد هیجان‌مدار	پیش آزمون	آزمایش	۳/۷۲	۰/۷۵
		کنترل	۳/۶۸	۰/۸۱
	پس آزمون	آزمایش	۲/۱۳	۰/۳۰
		کنترل	۳/۷۰	۰/۸۱
راهبرد اجتنابی	پیش آزمون	آزمایش	۳/۵۳	۰/۷۲
		کنترل	۳/۵۶	۰/۵۵
	پس آزمون	آزمایش	۲/۱۷	۰/۳۷
		کنترل	۳/۴۹	۰/۶۹

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در راهبرد مسأله‌مدار پس از دوره درمانی افزایش چشم‌گیری داشته است.

بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس

۱- بررسی نرمال بودن داده‌ها

جدول ۳: بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	وضعیت	گروه	K-S Z	p
راهبرد مسأله‌مدار	پیش آزمون	آزمایش	۰/۶۶۴	۰/۷۷۰
		کنترل	۰/۵۵۲	۰/۹۲۱
	پس آزمون	آزمایش	۱/۰۲	۰/۲۴۶
		کنترل	۰/۴۷۱	۰/۹۸۰
راهبرد هیجان‌مدار	پیش آزمون	آزمایش	۰/۶۳۹	۰/۸۰۸
		کنترل	۰/۷۶۲	۰/۶۰۷
	پس آزمون	آزمایش	۰/۴۷۲	۰/۹۷۹
		کنترل	۰/۸۶۷	۰/۴۴۰
راهبرد اجتنابی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۹۱۳	۰/۳۷۵
		کنترل	۰/۴۶۸	۰/۹۸۱
	پس آزمون	آزمایش	۰/۶۹۹	۰/۷۱۳
		کنترل	۰/۲۸۱	۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره کالموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای راهبردهای مسأله‌مدار، راهبرد هیجان‌مدار و راهبرد اجتنابی معنی‌دار نمی‌باشد. با توجه به این نتایج می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال می‌باشد. بنابراین می‌توان در مورد این متغیرها از آزمون‌های پارامتریک مانند تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

## ۲- بررسی همگنی واریانس

جدول ۴: بررسی همگنی واریانس گروه آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	آزمون لوین	p
راهبرد مسأله‌مدار	پیش آزمون	۰/۰۲۱	۰/۸۸۶
	پس آزمون	۰/۳۰۸	۰/۵۸۴
راهبرد هیجان‌مدار	پیش آزمون	۰/۶۳۲	۰/۴۳۴
	پس آزمون	۰/۷۰۳	۰/۳۸۹
راهبرد اجتنابی	پیش آزمون	۰/۲۴۴	۰/۶۲۶
	پس آزمون	۰/۲۱۲	۰/۶۹۴

چنانچه سطح معناداری در آزمون لوین بیشتر از ۰/۰۵ باشد، می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از همگنی واریانس برخوردار است. بنابر این با توجه به نتایج جدول ۴ می‌توان گفت که همگنی واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش رعایت شده است.

## ۳- همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس

یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس می‌باشد که بدین منظور از آزمون ام باکس استفاده می‌شود. همانطور که ملاحظه می‌شود جدول ۵ سطح معناداری ام باکس بیشتر از ۰/۰۵ است بنابراین این مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس رعایت شده است.

جدول ۵: بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس گروه آزمایش و کنترل	
M BOXS	سطح معنی داری
۲/۱۶۶	۰/۴۵۸

#### ۴- بررسی همگنی شیب رگرسیون

یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگنی شیب رگرسیون است که در تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی آن از آزمون لامبداری ویلکز استفاده می‌شود. نتایج جدول ۶ می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه کنترل و آزمایش برابر می‌باشد.

جدول ۶: بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون راهبردهای مقابله‌ای در گروه آزمایش و کنترل			
اثر	مقدار	F	p
لامبدای ویلکز	۰/۲۷۷	۱/۷۳۶	۰/۰۸۲

#### ۵- آزمون کرویت (خی دو بارتلت)

با توجه به جدول ۷ لذا مفروضه کرویت متغیرهای وابسته رعایت شده است و می‌توان گفت که همبستگی بین متغیرهای وابسته یعنی راهبردهای مقابله‌ای معنی دار است.

جدول ۷: بررسی مفروضه کرویت متغیرهای وابسته	
خی دو بارتلت	سطح معنی داری
۱۸/۵۶۶	۰/۰۰۲

جدول ۸: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به راهبردهای مقابله‌ای دو گروه آزمایش و کنترل			
آزمون	مقدار	F	سطح معنی داری
لامبدای ویلکز	۰/۹۳۱	۸۵/۷۴۳	۰/۰۰۱



با توجه به اینکه راهبردهای مقابله‌ای شامل ۳ بعد است برای پاسخگویی به فرضیه‌های تحقیق از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده گردید. (جدول ۸) بین دو گروه آزمایش و کنترل در راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی اینکه دو گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از راهبردهای مقابله‌ای با یکدیگر تفاوت دارند، (جدول ۹)

جدول ۹: نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در راهبردهای مقابله‌ای

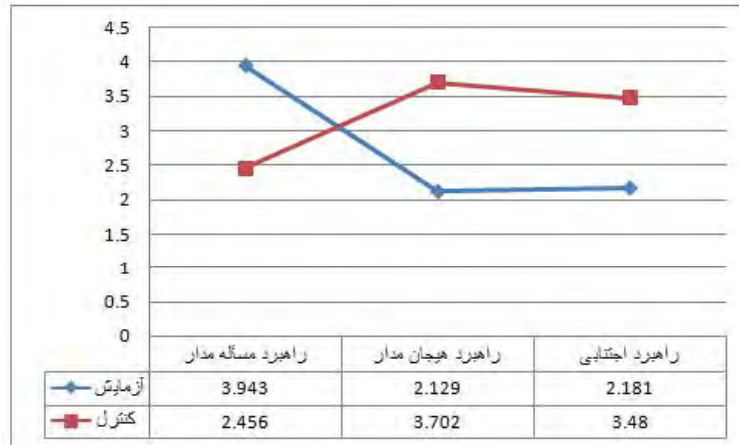
حیطه	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
راهبرد مسأله‌مدار	۱۴/۲۷۱	۲/۰۰۷	۱۴/۲۷۱	۰/۰۹۶	۱۳۳۷ ۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۷
راهبرد هیجان-مدار	۱۵/۹۸۲	۷/۸۵۰	۱۵/۹۸۲	۰/۳۷۴	۴۲/۷۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷۱
راهبرد اجتنابی	۱۰/۹۰۱	۷/۰۰۴	۱۰/۹۰۱	۰/۳۳۴	۳۲/۶۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹

برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس آزمون راهبردهای مقابله‌ای (مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش آزمون بیشتر است. (جدول ۱۰)

جدول ۱۰: میانگین‌های برآورد شده نهایی راهبردهای مقابله‌ای در گروه‌ها

متغیر	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
راهبرد مسأله‌مدار	آزمایش	۳/۹۴۳	۱/۴۹	۰/۱۲۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۴۵۶			
راهبرد هیجان‌مدار	آزمایش	۲/۱۲۹	-۱/۵۷۳	۰/۲۴۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۳/۷۰۲			
راهبرد اجتنابی	آزمایش	۲/۱۸۱	-۱/۲۹۹	۰/۲۲۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۳/۴۸۰			

در شکل ۱، نمودار میانگین‌های اصلاح شده متغیر راهبردهای مقابله‌ای (مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شده‌اند. همانطور که در جدول ۱۰ ملاحظه می‌شود بین دو گروه آزمایش و کنترل در راهبردهای مسأله‌مدار، راهبرد هیجان‌مدار و راهبرد اجتنابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که گروه درمانی شناختی رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای (مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) تأثیرگذار است.



شکل ۱: نمودار میانگین‌های اصلاح شده متغیر راهبردهای مقابله‌ای در گروه‌های آزمایش و کنترل

بنابر این بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس به فرضیه‌های پژوهش پاسخ می‌دهیم.

فرضیه اول: آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر راهبردهای مسئله مدار در افراد دارای اختلال اضطرابی تاثیر دارد.

نتایج جدول ۹ که پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون، مداخله بر راهبرد مسأله‌مدار تأثیر گذاشته است. با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت که ۸۷/۷ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس‌آزمون، ناشی از مداخله است. بنابر این فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر راهبردهای مسئله مدار در افراد دارای اختلال اضطرابی تاثیر دارد و منجر به افزایش راهبرد مسأله مدار می‌شود.

فرضیه دوم: آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر راهبردهای هیجان مدار افراد دارای اختلال اضطرابی تاثیر دارد.

نتایج جدول ۹ که پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون، مداخله بر راهبرد هیجان‌مدار تأثیر گذاشته است. با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت که ۶۷/۱ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس‌آزمون، ناشی از مداخله است. بنابر این فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود و آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر راهبردهای هیجان مدار در افراد دارای اختلال اضطرابی تاثیر دارد و منجر به کاهش راهبرد هیجان مدار می‌شود.

فرضیه سوم: آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر راهبردهای اجتنابی افراد دارای اختلال اضطرابی تاثیر دارد.

نتایج جدول ۸ که پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش آزمون، مداخله بر راهبرد اجتنابی تأثیر گذاشته است. با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت که ۶۰/۹ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس آزمون، ناشی از مداخله است. بنابراین فرضیه سوم پژوهش تأیید می‌شود و آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری بر راهبردهای اجتنابی در افراد دارای اختلال اضطرابی تاثیر دارد و منجر به کاهش راهبرد اجتنابی می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری منجر به افزایش راهبردهای مسئله مدار در افراد دارای اختلال اضطرابی می‌شود. این نتایج همسو با یافته‌های ویسنر و همکاران (۲۰۱۴)؛ بهزادی‌پور و همکاران (۱۳۹۲)؛ فروزنده و دل آرام (۱۳۸۲) می‌باشد. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت روانشناسی سلامت، در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نحوه مواجهه با تنیدگی و چالش‌های زندگی در بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد قایل شده و مستقیم‌ترین روش مداخله را تقویت پاسخ‌های مقابله‌ای و توانمندی‌های شناختی آنان می‌داند (کلارک و همکاران، ۲۰۰۱؛ آلوی، ریسکیند، ۲۰۰۶). در این راستا راهبردهای مساله مدار شامل روش‌های فعالی همچون حل مشکل شناختی و رفتاری می‌باشد این راهبردهای در موقعیت‌هایی بروز می‌کند که شخص احساس می‌کند می‌تواند موقعیت را کنترل کرده یا تغییر دهد برخی از روش‌های عملی در این شیوه عبارتند از استفاده از تجربیات گذشته، واقع بینی، جمع آوری اطلاعات بیشتر برای حل مشکلات، مشورت، توجه به نقاط مثبت مسئله. راهبرد مساله مدار به عنوان مناسب‌ترین و سازگارترین شیوه کنترل استرس محسوب می‌شود و استفاده از آن با سلامتی روانی افراد ارتباط مستقیم دارد. از آنجایی که راهبردهای مقابله‌ای اکتسابی، عینی و قابل دستکاری هستند می‌توان با تدوین برنامه‌های آموزشی- درمانی مناسب به تغییر و اصلاح آن پرداخت (آلوی و ریسکیند، ۲۰۰۶) که مداخله شناختی- رفتاری یکی از این برنامه‌ها است. در مداخله شناختی- رفتاری به فرد کمک می‌شود تا حوادث استرس‌زا را بهتر اداره کند. اساس درمان شناختی- رفتاری این است که افکار غیر انطباقی علت رفتار غیر انطباقی است و افراد باید طرق جدید فکر کردن را بیاموزند بنابراین در این مداخله تلاش می‌شود تا از طریق بازسازی افکار بیماران مقابله آنها با فشار روانی بهبود پیدا کند در واقع بازسازی شناختی که یکی از مولفه‌های

درمان شناختی رفتاری است به همراه آموزش مهارت‌های حل مسئله، توانست به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالف ورزی با افکار خودکار ناکارآمد و در نتیجه مشکل گشایی برنامه ریزی شده منجر گردد و از این طریق هم به کاهش استرس و هم به افزایش راهبردهای مقابله‌ای مساله مدار منتهی می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری منجر به کاهش راهبردهای هیجان مدار در افراد دارای اختلال اضطرابی می‌شود. نتایج پژوهش همسو با یافته‌های ویسنر و همکاران (۲۰۱۴)؛ بهزادی پور و همکاران (۱۳۹۲)؛ فروزنده و دل آرام (۱۳۸۲) می‌باشد. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار در موقعیت‌هایی دیده می‌شود که فرد احساس کند موقعیت غیر قابل تغییر و کنترل است و بنابراین در برابر آن واکنش‌های هیجانی نشان داده یا سعی در تحمل آن دارد برخی از نمونه‌های عینی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار عبارتند از: خشمگین شدن، گریه کردن، احساس تنهایی، افسرده شدن، فکر کردن به گذشته و دور شدن از موقعیت (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱).

راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار باعث کاهش تلاش فرد جهت حل مشکل شده و بدین ترتیب مشکل فرد برطرف نشده و در مواردی به صورت مزمن و پیشرفته در می‌آید. مطابق با نتایج پژوهش حاضر مداخله شناختی- رفتاری منجر به کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار می‌شود. این مداخله متکی بر این فرض است که ارزیابی‌های شناختی حوادث استرس‌زا و تلاش‌های مقابله‌ای مربوط به این ارزیابی نقش مهمی در تعیین پاسخ‌ها به استرس دارد لذا در این روش به افراد کمک می‌شود تا در مورد ارزیابی شناختی از حوادث استرس‌زا آگاهی بیشتری را کسب کنند همچنین با آموزش در مورد چگونگی ارزیابی از استرس که هیجان‌ات و پاسخ‌های رفتاری فرد را متاثر می‌کند منجر به بهبود راهبردهای مقابله‌ای در این افراد می‌شوند علاوه بر این در این روش مداخله آموزش در مورد چگونگی استفاده از مهارت‌های مقابله موثر رفتاری و شناختی در اداره استرس منجر به کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در افراد دارای اختلالات اضطرابی می‌شود. اختلالات اضطرابی ناشی از باورهای ناکارآمد افراد در مورد خطرات احتمالی، موقعیت‌های اجتماعی، پیش‌بینی منفی پیامدهای موقعیت و پردازش سوگیرانه نشانه‌های مبهم است که در نهایت این افراد در به کارگیری درست راهبردهای مقابله‌ای با مشکل مواجه می‌شوند. در روی آورد شناختی- رفتاری ضمن به چالش کشیدن این باورهای ناکارآمد، اجتناب‌های رفتاری بیماران نیز اصلاح می‌شود حال آنکه در روی آوردهای

رفتاری تنها به اجتناب‌ها و کمبودهای رفتاری بیماران مبتلا توجه می‌شود از سوی دیگر، با تکیه بر فرض‌های اساسی روی آوردهای شناختی- رفتاری مبنی بر ارتباط فکر، احساس، رفتار می‌توان به برتری درمانگری‌های شناختی- رفتاری در مقایسه با روی آوردهای رفتاری صحت گذاشت چرا که در الگوهای رفتاری تنها رفتار بیماران هدف قرار می‌گیرند و به شناخت‌های سازش نیافته‌ای که عامل این رفتارها هستند توجهی نمی‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد آموزش گروه درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری منجر به کاهش راهبردهای اجتنابی در افراد دارای اختلال اضطرابی می‌شود. نتایج پژوهش همسو با یافته‌های ویسنر و همکاران (۲۰۱۴) می‌باشد. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت مقابله، تلاش‌های رفتاری و شناختی است که به طور مداوم در حال تغییرند، تا فرد از عهده خواسته‌های بیرونی و درونی که ورای منابع و توان فرد ارزیابی می‌شوند، برآید. مقابله بازتابی از فرایندی است که شامل درگیری فعال در دوره زمانی مشخص است و راهبردهای مختلفی دارد. انتخاب راهبرد شناختی، هیجانی و رفتاری می‌تواند بر سلامت روان بالا یا پایین تأثیر بگذارد (گراس و همکاران، ۱۹۹۵). اضطراب و نگرانی فرد نسبت به چیزی یا موقعیتی می‌تواند منجر به فرار و اجتناب از رویارویی با آن موقعیت شود. مداخله گروهی شناختی رفتاری با شناسایی افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی، جایگزین کردن افکار منطقی نقش مهمی در ارزیابی منطقی استرسورها دارد. افراد یاد می‌گیرند که ارزیابی درستی از توانایی‌ها و استعداد‌های خود داشته باشند و بر مبنای این ارزیابی صحیح به جای اجتناب و فرار از موقعیت‌های استرس‌زا از روش‌های مقابله کارآمد استفاده کنند.

## منابع

- بساک نژاد، سودابه؛ نیازی، زهرا؛ داودی، ایران. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری به روش کندال بر اضطراب دختران نوجوان، تحقیقات علوم رفتاری، ۹، ۴، ۲۴۹-۲۴۱.
- بهزادی پور، ساره؛ سپاه منصور، مژگان؛ کشاورزی ارشد، فرناز؛ فرزاد، ولی الله؛ نظیری، قاسم؛ زمانیان، سکیه. (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان، مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۳، ۱۲، ۴۶-۲۹.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم؛ آیین پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه، فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه، ۱، ۴، ۷۶-۶۱.

زرگر، یدا...؛ بساک نژاد، سودابه؛ اخلاقی جامی، لیلی؛ زمستانی، مهدی. (۱۳۹۳). مقایسه تاثیر آموزش گروهی مهارت اجتماعی و گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی، دانشجویان، مجله پزشکی ارومیه، ۲۵، ۳، ۱۸۱-۱۷۲.

فرزنده، نسرین؛ دل آرام، معصومه. (۱۳۸۲). بررسی تاثیر رفتار درمانی شناختی بر روش‌های مقابله ای دانشجویان غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۵، ۳، ۳۴-۲۴.

Alloy, L. B., & Riskind, J. H. (2006). Cognitive vulnerability to emotional disorders. Routledge.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (2013). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 877.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 167.

Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 248.

Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W.,... & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of general psychiatry*, 58(12), 1127-1134.

Dixon, R. W., Youssef, G. J., Hasking, P., Yücel, M., Jackson, A. C., & Dowling, N. A. (2016). The relationship between gambling attitudes, involvement, and problems in adolescence: Examining the moderating role of coping strategies and parenting styles. *Addictive behaviors*, 58, 42-46.

Durham, R. C. (2007). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 183-187.

Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(5), 427.

Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2013). Impact of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural dynamics of cognitive reappraisal of negative self-beliefs: randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1048-1056.

Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151-164.

Lindsay, W. R; Gamsu, C.V; Mclaughlin, E; Hood, E. M; Espie, A.C. (1987). A controlled trail of treatment for generalized anxiety disorder. *British journal of Clinical Psychology*. 29, 3-15.

Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2014). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*.

Power, K. G., Simpson, R.J., Swanson, V., & Wallace, L.A.(1990).A controlled comparison of cognitive-behavior therapy,Benzdiazepam and placebo alone and in combination for threatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4,267-292.

Spielberger, C. D. (Ed.). (2013). *Anxiety: Current trends in theory and research*. Elsevier.

Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Family practice*, 32(1), 3-15.

Wesner, A. C., Gomes, J. B., Detzel, T., Blaya, C., Manfro, G. G., &Heldt, E. (2014). Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 87-92.

Wesner, A. C., Gomes, J. B., Detzel, T., Blaya, C., Manfro, G. G., &Heldt, E. (2014). Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 87-92.

