

# اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و افزایش سرسختی

## روان‌شناختی معلمان شهر کرمانشاه

زهرا رضایی<sup>۱</sup>، فرامرز ملکیان<sup>۲\*</sup>

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول)

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره دهم، تابستان ۱۴۰۰، صفحات ۱۱-۱

### چکیده

پژوهش حاضر، باهدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان شهر کرمانشاه در سال ۹۹-۱۳۹۸ انجام شده است. پژوهش حاضر، جز طرح‌های آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. تحلیل یافته‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود میزان اضطراب، افسردگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان شده است. مهم‌ترین نتایج این پژوهش، مؤثر و مفید بودن درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان می‌باشد. نتیجه‌گیری می‌شود که درمان شناختی رفتاری بر بهبود نشانه‌های اضطراب و افسردگی و بهبود میزان سرسختی می‌تواند مؤثر واقع شود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، اضطراب، افسردگی، سرسختی روان‌شناختی، معلمان.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره دهم، تابستان ۱۴۰۰

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی  
علوم تربیتی

## مقدمه

در آموزش و پرورش، معلمی شغلی تخصصی و مشکل به شمار می‌آید. عواملی مانند نیازهای متعدد دانش آموزان، تفاوت‌های فردی آنان، لزوم پاسخگویی به والدین و مربیان، تغییرهای سریع عقاید و انتظارات در مورد نقش معلم، آموزش را بسیار پیچیده و مشکل ساخته است و آموزگاران دارای شرایط کاری پرفشاری هستند. سطح و ماهیت فشار روانی و اضطراب تجربه‌شده برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی آموزگاران مانند سن، جنس، وضعیت تحصیلی، طول تجربه در تدریس و وضعیت موجود در مدرسه فرق می‌کند (کایریاکو و ساتکلیف<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷). جنبه‌های منفی شغل معلمی مانند مشکلات انضباطی دانش آموزان و فقدان علاقه‌ی آنها، کلاس‌های پرجمعیت، گزارش‌های بیش‌ازحد، حقوق ناکافی، عدم حمایت والدین دانش آموزان از جمله عواملی است که سبب ایجاد اضطراب می‌شود (راسل<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷). تأثیر انواع راهبردهایی که افراد مضطرب برای تنظیم افکار و احساساتشان در موقعیت‌هایی که ارزیابی می‌شوند، می‌تواند نشانه‌های جسمی، باورهای منفی در مورد خود و دنیای اجتماعی و همچنین تغییرات رفتاری را در پی داشته باشد. وجود باورهای شناختی منفی در مورد خویشتن می‌تواند عنوان عامل خطر در جهت ترس و اجتناب افراد مستعد به اضطراب اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی باشد (روث<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش آگیلار-وفایی (۱۳۷۹) نشان داد که شغل معلمی می‌تواند سبب نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی، عدم کفایت در نقش‌های اجتماعی و افسردگی شود. افسردگی یک مشکل عمده سلامت عمومی است که بر اساس مطالعه انجام‌شده در دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه هاروارد و سازمان بهداشت جهانی یک علت پیشرو برای ناتوانی و ازکارافتادگی در جهان است و انتظار می‌رود در سال ۲۰۲۰، به دومین علت پیشرو و برجسته ناتوانی و ازکارافتادگی بدون دخالت هر بیماری قلبی و عروقی تبدیل شود (کوینگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). افسردگی یکی از اختلالات روانی است که بر اساس چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی با علائمی چون خلق افسرده یا از دست دادن علاقه، کاهش یا افزایش اشتها، بی‌خوابی یا پرخوابی، کندی روانی - حرکتی، خستگی یا فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی و گناه، کاهش توانایی تمرکز و تفکر، بی‌تصمیمی و افکار تکرارشونده در مورد مرگ ظاهر می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). اختلال افسردگی با شیوع و بروز گسترده‌ای با حدود ۲۵-۱۰ درصد برای زنان و ۱۲-۵ درصد برای مردان در طول عمر به‌عنوان سرماخوردگی روانی از سال‌ها پیش به خود اختصاص داده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). این در حالی است که آمار موجود حاکی از افزایش روزافزون مبتلایان به این بیماری است. پژوهش‌های بالینی نشان می‌دهد، زمانی که افسردگی در فرد تثبیت می‌شود عواملی چون مهارت‌های اجتماعی ضعیف، واکنش افراطی به فقدان و ارتباطات معیوب به‌عنوان نگهدارنده ایفای نقش می‌نمایند. به‌این ترتیب فرد افسرده بیشتر احساس طردشدگی و انزوا می‌کند و محرک‌های استرس‌زای محیطی نیز بر وخامت اوضاع می‌افزاید (باتیا و باتیا<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از عباسیان، نجیمی، قاسمی، افشار و مفتاق، ۱۳۹۱). از جمله متغیرهایی که احتمال می‌رود در

1 - Kyriacou & sutcliffe

2 - Russel

3 - Roth

4 - Koenig

5 - American psychiatric association

6 - Bathia & Bathia

افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی پایین باشد، سرسختی است. در واقع سخت رویی به مثابه یک ویژگی شخصیتی، نگرش درونی خاصی را به وجود می‌آورد که شیوه رویارویی افراد با مسائل مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (میرزا محمدی، محسن زاده و عارفی، ۱۳۹۵). این در حالی است که بسیاری از مردم رویارویی با حوادث زندگی را خسته‌کننده، ملال‌آور یا حتی تهدید آفرین تلقی می‌نمایند. افراد سرسخت نسبت به رویدادهای زندگی احساس کنترل بیشتری می‌نمایند و رویدادهای محیط را به گونه‌ای معنادار ارزیابی می‌کنند در حالی که افراد غیر سخت نسبت به رویدادهای زندگی دچار احساس از خود بیگانگی، ناتوانی و تهدید می‌گردند (سبزعلی زاده، بادامی و حسینی، ۱۳۹۳). یقیناً چنین نگرشی در شیوه‌ی ارزیابی شناختی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. درمان شناختی-رفتاری در حال حاضر برای درمان تعداد زیادی از اختلالات، از جمله هراس‌ها (فوبیا)، اعتیاد، افسردگی و اضطراب و افزایش سرسختی روان‌شناختی به کار گرفته می‌شود. رویکرد شناختی - رفتاری بر مدل روانی - آموزشی منظم استوار است و بر نقش تکلیف، واگذار کردن مسئولیت به درمان‌جو برای پذیرش نقش فعال در جلسات درمان و بیرون از آن و استفاده از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری برای به وجود آوردن تغییر تأکید دارند. این روش درمانی بیشتر بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخص فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر می‌شود. در این رویکرد درمانی تأکید بر به عمل درآوردن بینش‌هایی است که به تازگی کسب شده‌اند و تکالیفی که به درمان‌جویان داده می‌شود آن‌ها را قادر می‌سازد که رفتارهای تازه و جدیدی را تمرین کنند و در فرآیند شرطی شدن مجدد به آن‌ها کمک می‌کنند (کوری، ۲۰۰۸؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷). به گفته محققان، درمان شناختی-رفتاری نوعی روان‌درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، نائل گردند. درمان شناختی رفتاری عموماً کوتاه‌مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه به کمک روانشناسان و تمرین‌های خاص الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی را که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارشان هستند شناسایی کرده و تغییر دهد (میشل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). در درمان شناختی - رفتاری به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه بتواند این افکار تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود، در جنبه‌هایی از درمان تأکید عمدتاً رفتاری و در جنبه‌های دیگر شناختی است. در این روش هدف عمده عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد؛ بنابراین تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و نیز تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی (درمانگاه یا مطب) است. در درمان شناختی رفتاری علت اختلالات افکار خود آیند منفی می‌باشد که این افکار خلق را پایین می‌آورد و پایین آمدن خلق نیز احتمال وقوع افکار خود آیند منفی را بیشتر می‌گرداند و بدین ترتیب دور باطلی ایجاد می‌شود که در جهت تداوم افسردگی عمل می‌کند (هاوتون و همکاران ۲۰۰۷، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۶). درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به بهبود احساسات منفی بیمار تا حد زیادی کمک کند و بر کیفیت خواب و سلامت عمومی

<sup>1</sup> - Mitchell

وی تأثیرگذار باشد (هور<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ مارتینز-دوسا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). خالدیان، سهرابی اسمرود، اصغری گنجی و کرمی (۱۳۹۶) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی رفتاری و معنا - درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی مؤثرتر است و معنا درمانی در افزایش امید به زندگی تأثیر بیشتری دارد. آب نیکی، ابوالقاسمی، عباسی، معزز و جلالی (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی مداخله گروهی شناختی-رفتاری مدیریت استرس برافزایش سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده به این نتیجه رسیدند که مداخله گروهی شناختی رفتاری مدیریت استرس روش مؤثری برای ارتقاء سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده است. این روش‌ها در درمان طیف گسترده‌ای از اختلالات مربوط به استرس (بوهملیجر، پرنگر، تال و سوئیچرس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ چیسو و سرتی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹) اختلالات اضطرابی و خلقی (هوفمن، ساویر، ویت و او<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰) و یا درد مزمن (ونگ، چان، ونگ، چو، لام<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ مورن، جرکو و وینز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸) اثربخش بوده‌اند. با توجه به اهمیت درمان شناختی رفتاری و با توجه به ضرورت استفاده از آن در فرآیند درمان اضطراب و افسردگی و سرسختی روان‌شناختی، هدف از انجام پژوهش حاضر این است آیا درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان اضطراب، افسردگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان مؤثر می‌باشد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر، جز طرح‌های آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. گروه‌های آزمایش و کنترل به روش تصادفی جایگزین شدند و قبل از اعمال مداخله تجربی، برای گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون اجرا شد. پس‌آزمون نیز در پایان مداخله اجرا گردید. تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه از نظر معنادار بودن آماری موردبررسی قرار گرفت. بدین صورت اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر افسردگی، اضطراب و سرسختی روان‌شناختی معلمان به‌عنوان متغیر وابسته مشخص گردد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه معلمان زن شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۹۹ بود. نمونه موردنظر در پژوهش حاضر از نوع در دسترس به کار گرفته شد؛ که از معلمان پایه ششم ابتدایی با اجرای پرسشنامه اضطراب بک، افسردگی بک و سرسختی روان‌شناختی، ۳۰ معلم که دارای افسردگی، اضطراب بالا و سرسختی روان‌شناختی پایین بودند به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند که به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. پس از گرفتن مجوز از مرکز آموزش و پرورش استان کرمانشاه و انجام هماهنگی‌های لازم با مدیر، معلمان و جلب رضایت و آگاه ساختن آن‌ها از طرح پژوهش، ابتدا از معلمان درخواست شد که مقیاس اضطراب و افسردگی بک و سرسختی روان‌شناختی تکمیل نمایند. پس از ارزیابی نتایج پرسشنامه‌ها، معلمان در دو گروه هم‌تا قرار داده شدند و به‌صورت تصادفی یکی از دو گروه‌ها

1 - Hoare

2 - Martinez-Devesa

3 - Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers

4 - Chiesa & Serretti

5 - Hofmann, Sawyer, Witt & Oh

6 - Wong, Chan, Wong, Chu & Lam

7 - Morone, Greco & Weiner

به‌عنوان گروه آزمایش و دیگری به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (درمان شناختی-رفتاری) قرار گرفت و گروه کنترل برنامه‌های همیشگی خود را ادامه داد. بدین‌صورت که ۸ جلسه (هفته‌ای ۲ جلسه) به مدت ۴۰ دقیقه درمان شناختی-رفتاری برای گروه آزمایش به مدت یک ماه ترتیب داده شد. اجرای پرسشنامه اضطراب بک، افسردگی بک و سرسختی روان‌شناختی به‌عنوان پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل جهت مشخص شدن تأثیر درمان شناختی-رفتاری، یک هفته بعد از آخرین جلسه اجرا انجام گرفت.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه اضطراب بک:** برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند تجربه می‌کنند (بک، استر، ۱۹۹۰). پرسشنامه اضطراب بک یک پرسشنامه خود گزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است (دمهری، هونارمند و یآوری، ۲۰۱۲). مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است، ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است (کاویانی و موسوی، ۲۰۰۸؛ لبخ و کتر، ۲۰۰۵). بر اساس مطالعات انجام‌شده در خارج از کشور پنج نوع اعتبار محتوا، همزمان، ساده، تشخیصی و عاملی برای آن سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه‌گیری اضطراب است (بک، استر، ۱۹۹۰).

**پرسشنامه افسردگی بک-ایرانی-ویرایش دوم:** یک شاخص خود گزارشی ۲۱ ماده‌ای از نشانه‌های افسردگی تجربه‌شده در دو هفته گذشته است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). اجرای پرسشگری به‌صورت فردی است و از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا میزان افسردگی خود را در پرسشنامه بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای از صفر (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید) درجه‌بندی کنند. نمره کل با جمع کردن نمره‌های ماده‌ها به دست می‌آید (از صفر تا ۶۳) که نمره بالاتر بیانگر افسردگی بیشتر است (رجبی و همکاران، ۱۳۸۰). مطالعات انجام‌شده در مورد اعتبار پرسشنامه افسردگی ویرایش دوم در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. کاسبی و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه غیر بالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی را در نمونه غیربالینی ۰/۹۴ قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) ضریب پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۴، کارمودی (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه دانشجویی ۰/۹۱، استورچ و همکاران (۲۰۰۴) در کل پرسشنامه ۰/۹۰ برای عامل شناختی-عاطفی ۰/۸۷ و برای عامل بدنی ۰/۷۴، ویشمن و همکاران (۲۰۰۰) ۰/۸۹، ویلون و همکاران (۲۰۰۷) در یک نمونه از بزرگسالان آمریکایی مکزیکی تبار ۰/۹۰، جو و همکاران (۲۰۰۰) در یک نمونه کوشش آزمایشی برای پیشگیری از خودکشی ۰/۹۴ و بیرنی و همکاران (۲۰۰۴) در نوبت اول ۰/۹۴ و در نوبت دوم ۰/۹۱ به دست آوردند. در این تحقیق بر ای مطالعه اعتبار فرم ایرانی از روش همسانی درونی استفاده شد. مقدار ضرایب آلفای کرونباخ برای کل

1 - BAI

2 - BDI-II

پرسشنامه ۰/۸۶، برای عامل های اول ۰/۸۴ و دوم ۰/۷۸ می باشد. بنابراین، یافته ها حاکی از اعتبار رضایت بخش پرسشنامه افسردگی ایرانی-بک-ویرایش فارسی بود.

**پرسشنامه سخت رویی اهواز (۱۳۷۷):** این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی مداد-کاغذی است که دارای ۲۷ ماده می باشد. این پرسشنامه به وسیله تحلیل عوامل نجاریان، کیامرثی و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۸۳) اعضاء هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته شده است. در سال ۱۳۷۷ بر روی یک نمونه ۵۲۳ نفری از دانشگاه آزاد اسلامی اهواز اعتبار یابی شد که سرسختی را مورد سنجش قرار می دهد. این آزمون یک نمره کل از سرسختی افراد می دهد و فاقد مؤلفه های تعهد، کنترل و مبارزه جویی است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه ۲۷ ماده ای به این صورت است که آزمودنی ها به یکی از چهار گزینه ی هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات پاسخ گفته و بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ نمره گذاری می شود. به جز ماده های ۲۱، ۱۷، ۱۳، ۱۰، ۷، ۶ که در این پرسشنامه نشان دهنده سرسختی روان شناختی بالا در افراد است. نجاریان و همکاران برای سنجش پایایی مقیاس AHI از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی استفاده کرده است. ضریب همبستگی بین آزمون و آزمون مجدد بافاصله زمانی ۶ هفته در نمونه ۱۱۹ نفری برای آزمودنی های دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش شد و در روش همسانی درونی پرسشنامه سرسختی روان شناختی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای کل آزمودنی ها ۰/۷۶ به دست آمد که کاملاً ضریب قابل قبولی می باشد. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه سخت رویی در کل نمونه به دست آمد. در زمینه اعتبار یابی آزمون مزبور از روش اعتبار ملاکی همزمان استفاده نمود و این پرسشنامه را همزمان با چهار پرسشنامه اضطراب عمومی<sup>۱</sup>، پرسشنامه افسردگی اهواز<sup>۲</sup>، پرسشنامه خود شکوفایی مازلو<sup>۳</sup> و مقیاس سازه ای سرسختی به دو روش تنصیف و آلفای کرونباخ به کاربرد که ضریب همبستگی بین نمره های کل آزمودنی ها به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۰ و ۰/۴۴ که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. همچنین ضریب همبستگی خود شکوفایی ۰/۶۵ بوده است. بین اعتبار سازه ای سرسختی و مقیاس سرسختی همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود. (کیامرثی و همکاران، ۱۳۷۷). بنابراین با توجه به استاندارد بودن پرسشنامه و تحقیقات فراوانی که درباره آزمون سخت رویی صورت گرفته، همگی از اعتبار بالای این آزمون حکایت می کند و نشان می دهد که یکی از بهترین ابزارهای سنجش سرسختی در افراد می باشد.

#### یافته ها

این پژوهش بر روی ۳۰ معلم زن که دارای اضطراب و افسردگی بالا و سرسختی پایین بودند که به عنوان نمونه انتخاب شده اند، انجام شده است. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون اضطراب، افسردگی و سرسختی روان شناختی در گروه های آزمایش و کنترل آمده است.

1 - ANQ

2 - ADI

3 - MASAI

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب، افسردگی و سرسختی روان‌شناختی

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۷/۰۵	۵۱/۱۱	۴۴/۹۸	۷/۱۴
اضطراب	آزمایش	پس‌آزمون	۱۵	۱۸/۲۰	۳۵/۶۷	۲۳/۴۳	۳/۳۶
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۳/۴۲	۵۷/۷۸	۴۱/۴۵	۶/۱۵
افسردگی	آزمایش	پس‌آزمون	۱۵	۱۹/۵۷	۳۴/۰۲	۲۶/۸۱	۵/۰۹
سرسختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۳۱/۵۶	۶۴/۱۱	۴۵/۹۹	۹/۳۲
سرسختی	آزمایش	پس‌آزمون	۱۵	۴۰/۸۰	۷۲/۴۱	۵۷/۷۸	۱۱/۶۷
اضطراب	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۳۰/۱۱	۵۵/۲۹	۴۳/۳۲	۸/۰۸
اضطراب	کنترل	پس‌آزمون	۱۵	۲۹/۵۵	۵۱/۹۸	۴۱/۶۷	۷/۲۱
افسردگی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۷/۴۵	۵۳/۱۲	۴۰/۹۷	۵/۰۹
افسردگی	کنترل	پس‌آزمون	۱۵	۲۹/۰۸	۵۱/۷۸	۴۲/۳۶	۷/۲۳
سرسختی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۳۳/۹۱	۵۹/۱۳	۴۱/۵۶	۱۱/۳۵
سرسختی	کنترل	پس‌آزمون	۱۵	۳۷/۶۸	۵۸/۱۴	۴۳/۲۲	۱۰/۳۱

همان‌گونه که در جدول ۱ آمده است، میانگین پیش‌آزمون اضطراب در گروه آزمایش ۴۴/۹۸ بوده که در پس‌آزمون به ۲۳/۴۳ رسیده است، میانگین پیش‌آزمون افسردگی در گروه آزمایش ۴۱/۴۵ بوده که در پس‌آزمون به ۲۶/۸۱ رسیده است و میانگین پیش‌آزمون سرسختی در گروه آزمایش ۴۵/۹۹ بوده که در پس‌آزمون به ۵۷/۷۸ رسیده است و در گروه کنترل میانگین پیش‌آزمون اضطراب ۴۳/۳۲ و میانگین پس‌آزمون آن ۴۱/۶۷ بوده است، همچنین میانگین پیش‌آزمون افسردگی در گروه کنترل ۴۰/۹۷ و میانگین پس‌آزمون آن ۴۲/۳۶ و نیز میانگین پیش‌آزمون سرسختی در گروه کنترل ۴۱/۵۶ و میانگین پس‌آزمون آن ۴۳/۲۲ بوده است.

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها در دو گروه

نام آزمون	مقدار	فرضیه □□□□	خطا □□□□	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلاپی	۰/۹۳	۱۲۰/۲۱	۳	۲۳	۰/۹۲
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۰	۱۲۰/۶۷	۳	۲۳	۰/۹۲
اثر هتلینگ	۱۵/۷۱	۱۲۰/۵۴	۳	۲۳	۰/۹۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۵/۷۱	۱۲۰/۶۸	۳	۲۳	۰/۹۲

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  و قدرت تبیین  $۰/۹۲$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۲ صرفاً بیان می‌دارد که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.



جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره میانگین نمره‌های پس‌آزمون سطوح متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

منابع تغییر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	□	سطح معناداری	مجذورات
اضطراب	۶۷۵/۱۲	۱	۱۳۴/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸
افسردگی	۱۳۶۱/۴۵	۱	۱۳۵/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹
سرسختی روان‌شناختی	۶۶۱/۳۴	۱	۹۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱

با توجه به مندرجات جدول ۳، مقدار □ برای اضطراب ۱۳۴/۳۲ به دست آمد که در سطح معنادار قرار دارد، برای افسردگی ۱۳۵/۶۷ به دست آمد که در سطح معنادار قرار دارد، برای سرسختی روان‌شناختی، ۹۸/۴۷ دست آمد که در سطح معنادار قرار دارد. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۰/۸۸ تغییر در اضطراب، ۰/۷۹ تغییر در افسردگی، ۰/۸۱ تغییر در سرسختی روان‌شناختی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پیش‌آزمون سرسختی روان‌شناختی

شاخص‌ها	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر اتا
پیش‌آزمون	۱۲/۸۹	۱	۱۲/۸۹	۳/۲۶	۰/۳	۰/۰۶
گروه	۱۶۷۹/۹۹	۱	۱۶۷۹/۹۹	۱۷۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷
خطا	۲۷۲/۷۰	۲۷	۸/۶۷			
کل	۱۳۲۲۱	۳۰				

نتایج جدول ۴ میزان  $F=177/64$  به دست آمده در سطح معناداری  $P<0/001$  حاکی از اثربخشی درمان CBT برافزایش سرسختی روان‌شناختی بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان اضطراب، افسردگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان شهر کرمانشاه انجام شده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با حذف اثر پیش‌آزمون نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از این است که درمان شناختی-رفتاری بر نمرات پس‌آزمون اضطراب، افسردگی و سرسختی روان‌شناختی معلمان تأثیر معنی‌دار داشته است. بر اساس میانگین نمرات می‌توان گفت که نمرات اضطراب، افسردگی در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش و سرسختی روان‌شناختی در پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته است؛ نتایج این پژوهش با یافته‌های پولادی ری‌شهری و همکاران (۱۳۹۸)، اسماعیل زاده و همکاران (۱۳۹۸)، خالدیان و همکاران (۱۳۹۶)، کرمی و همکاران (۱۳۹۶)، محمدخانی و همکاران (۱۳۹۰)، آب نیکویی و همکاران (۱۳۹۴)، بوهلمیجر و همکاران (۲۰۱۰)، چیسو و سرتی (۲۰۰۹)، هوفمن و همکاران (۲۰۱۰)، ونگ و همکاران (۲۰۱۱)، مورن و همکاران (۲۰۰۸)، مولارکیا و همکاران (۲۰۲۰)، آرک و همکاران (۲۰۱۲)، نایفرت و همکاران (۲۰۱۲)، فورمن و همکاران (۲۰۰۷)، فریبرگ و همکاران (۲۰۰۶) همخوان است. در مورد دلایل اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب می‌توان به مؤلفه‌های این درمان اشاره کرد. تکنیک‌هایی که مؤلفه فیزیولوژی اضطراب را هدف قرار می‌دهند شامل آموزش



تنفس دیافراگمی یا عمیق، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده و آموزش آرمیدگی ذهنی است. این تکنیک‌ها مؤلفه جسمانی و فیزیولوژی اضطراب را مورد هدف قرار می‌دهند. مراجعان با آموزش این تکنیک‌ها یاد می‌گیرند که در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازهای اضطراب به‌طور مناسب مقابله‌کننده به‌طوری که سطح پایه تنش جسمانی را کاهش دهند. این راهبردها را می‌توان مهارت‌های تنظیم هیجانات اساسی دانست که معمولاً بیماران مبتلا به اضطراب فاقد آن هستند. تمرین آرمیدگی مستلزم آن است که فرد توجه خود را بر زمان حال و اینجا و اکنون متمرکز کند و به همین دلیل برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب مناسب است. چراکه ماهیت نگرانی معطوف به آینده است. تکنیک‌های شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کند و آن‌ها را به‌طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبه‌رو کند. که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته است این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی تبدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است و بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند در نهایت مراجعان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به‌عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب را بکار می‌برند. تکنیک‌های که مؤلفه رفتاری اضطراب را هدف قرار می‌دهند عبارت‌اند از شناسایی رفتارهای ایمنی نگرانی، شناسایی و حذف رفتارهای اجتنابی فعال و منفعل، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله، تغییر رفتار سبک زندگی و شناسایی رفتارهای نادیده گرفته‌شده این تکنیک‌ها رفتارهای ایمنی نگرانی و اجتناب فعال و منفعل را از طریق مواجهه و تکالیف بارداری پاسخ را به‌تدریج حذف می‌کنند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که مداخله شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی در معلمان تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال کلارگ و بیگ، ۲۰۰۹؛ آلبری و همکاران، ۲۰۰۹؛ آقایی و همکاران، ۱۳۹۱؛ کوینگ، ۲۰۱۲) مبنی بر اثربخش بودن مداخله شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی در بیماران افسرده هست. در تبیین این یافته می‌توان گفت پژوهش‌های متعدد در حوزه روانشناسی سلامت استفاده از نظریه شناختی- رفتاری در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا و هیجانات منفی را عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد نشان داده‌اند (هوس، ۲۰۱۱). بیماران افسرده از طریق فنون شناختی- رفتاری، رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسئله از نظر شناختی با موقعیت تنیدگی‌زا به کار می‌گیرند و از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهند شد (هوس، ۲۰۱۱). نتایج فوق با در نظر گرفتن نقش راهکارهای شناختی و رفتاری به‌کاررفته قابل تبیین است. با استفاده از راهبردهای شناختی سعی می‌شود که افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده اضطراب و افسردگی شناسایی شوند، بیمار نسبت به نقش این افکار بینش یابد و با مشارکت سعی کند که افکار منطقی را جایگزین آن‌ها کند و با کمک راهبردهای رفتاری از جمله تن آرامی می‌توان اضطراب و پریشانی را در آن‌ها کاهش داد. در واقع یکی از دلایل این نتیجه به کار بردن روش‌های شناختی- رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی باز می‌گردد که در جلسات درمانی به بیماران آموزش داده شد و اثربخشی آن در مورد اختلالات هیجانی نظیر افسردگی در پژوهش‌های پیشین به اثبات رسیده است (اوان یونگ و چانگ، ۲۰۰۶؛ پاریش و رامبد، ۲۰۰۶؛ راسمن، ۲۰۰۸). در تبیین دیگر، می‌توان به افزایش ارتباطات اجتماعی و در نهایت حمایت اجتماعی اشاره نمود که این بیماران در نتیجه این مداخله فرامی‌گیرند و از آن بهره می‌برند؛ به دلیل خلق افسرده و تحریک‌پذیری زیاد، اغلب آن‌ها از لحاظ روابط بین

فردی مشکلات زیادی دارند و با افزایش ارتباطات و به دنبال آن حمایت‌های اجتماعی می‌توان علائم افسردگی و اضطراب را تا حدی زیادی کاهش داد. محدود بودن جامعه به گروه معلمان شهر کرمانشاه، عدم کنترل پیش‌آزمون و عدم انجام پیگیری جهت بررسی ازجمله نکاتی است که می‌بایست در تعمیم‌پذیری نتایج به آن توجه کرد. لذا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی با کنترل متغیرهای مربوط و انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه نتایج معتبرتری به دست آورند.

## منابع

- ≠ آب نیکی، الهام؛ ابوالقاسمی، عباس؛ عباسی، معصومه؛ معزز، رقیه و جلالی، راضیه (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله گروهی شناختی-رفتاری مدیریت استرس برافزایش سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۹(۵)، ۹۹-۱۱۸.
- ≠ آگیلار وفایی، ماریا (۱۳۷۹). فشار روانی شغل معلمي: شیوع، منابع و پیامدهای فشار روانی شغلی در میان معلمان مقاطع ابتدایی و متوسطه. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، ۶(۱ و ۲)، ۶۳-۹۱.
- ≠ اسماعیل زاده هاشم آبادی، راضیه و شکری پور، ملیحه (۱۳۹۸). بررسی نقش میانجی کیفیت خواب در رابطه با تاب آوری و نشانگان استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان مؤسسه جهاد دانشگاهی شهرستان کاشمر، نخستین همایش بین‌المللی تدبیر علوم مدیریتی، تربیتی، اجتماعی و روانشناسی در افق ایران ۱۴۰۴، مشهد، شرکت به اندیش آوران تدبیر قهستان.
- ≠ پولادی ریشه‌ری، علی و خباز ثابت، سرور (۱۳۹۸). انواع رویکردهای درمانی در اختلال افسردگی، پنجمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت نگر، بندر عباس، دانشگاه فرهنگیان.
- ≠ خالدیان، محمد؛ سهرابی، اسمرود؛ فرامرزی؛ اصغری گنجی، عسگر و کرمی باغظیفونی، زهرا (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی رفتاری و معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۲۹)، ۱۶۴-۱۳۵.
- ≠ سبزعلی زاده، حمیده؛ بادامی، رخساره؛ نزاقت الحسینی، مریم (۱۳۹۳). رابطه عملکرد خانواده با استحکام ذهنی در ورزشکاران پارالمپیک. مطالعات روانشناسی ورزشی، ۹، ۱-۱۰.
- ≠ عباسیان، فرحزاد؛ نجیمی، آرش؛ قاسمی، غلامرضا؛ افشار، حمید؛ مفتاح، سید داوود (۱۳۹۱). اثربخشی راهبردهای شناختی رفتاری آموزش مدیریت استرس در زنان مبتلا به اختلال افسردگی، مجله تحقیقات نظام سلامت، ۸(۶)، ۱۰۵۰-۱۰۵۷.
- ≠ کوری، جرال (۱۳۸۷). نظریه و کاربری مشاوره و روان‌درمانی، مترجم: یحیی سید محمدی تهران: نشر ارسباران. تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۸.
- ≠ کرمی، جهانگیر؛ مکاری، زهرا و شلانی، بیبا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش آرام‌سازی عضلانی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان نابارور، مجله رویش روانشناسی، ۶(۴)، ۲۴۱-۲۵۵.
- ≠ هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس، پاول؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید (۱۳۸۶). رفتار درمانی شناختی؛ ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند. تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۷.

- ≠ American psychiatric association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, American psychiatric pub.
- ≠ Besharat, M. A. (2007). Hardiness and coping style with stress. *Psychological studies*, 3, 2, 109-127.
- ≠ Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544.
- ≠ Beck, C. T. (1996). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44(5), 298-308.
- ≠ Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593-600.
- ≠ Hoare, D. J., Kowalkowski, V. L., Kang, S. J., & Hall, D. A. (2011). Systematic review and meta analyses of randomized controlled trials examining tinnitus management. *Laryngoscope*, 121, 1555-1564.
- ≠ Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consult Clin Psychology*, 78, 169-183.
- ≠ Kyriacou, C., & Sutcliffe, J. (1987). Teacher stress, prevalence, source and symptoms. *British Journal of Educational psychology*, 48, 159 – 167.
- ≠ Koenig, H.G. (2012). Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: rationale methods and preliminary results. Hindawi publishing corporation depression research and treatment, doi:10.1155/2012/460419, 1-11.
- ≠ Mitchell, A. E. P. (2017). The effect of a short course in cognitive and behavioral therapy (CBT) on knowledge acquisition in non-specialist CBT practitioners. *Advances in Psychology Research*, 120(1), 103-118.
- ≠ Martinez-Devesa, P., Perera, R., Theodoulou, M., & Waddell, A. (2010). Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, The Cochrane Library Published Online, 8 Sep 2010.
- ≠ Morone, N. E., Greco, C. M., & Weiner, D. K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, pp. 310-319.
- ≠ Russel, D. W., & Altmaier, E., Van velzen, D. (1987). Job – related stress, social support and burnout among Classroom teachers. *Journal of Applied psychology*, 72, 269 – 27.
- ≠ Sadock, B. J., Sadock V.A. (2007). Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: lippincott Williams & willkins, 110-8. 4.
- ≠ Wong, S. Y., Chan, F. W., Wong, R. L., Chu, M. C., Lam, Y. Y., Mercer, S. W., & Ma, S. H. (2011). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: a randomized comparative trial. *The Clinical Journal of Pain*, 27, 724-734.