

اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر تاب آوری زنان خانه دار شهر کرج

مهديه جليل زاده خوشنود^۱، پريناز بنیسی^۲، سعیده زمردی^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار پایه ۱۸، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.

^۳ استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زنان خانه‌دار شهر کرج بود. پژوهش حاضر، از جمله طرح‌های نیمه‌آزمایشی، به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون بود که جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به مرکز روانشناختی رازی بودند که تعداد آن‌ها برابر با ۴۰۰ نفر بود و تعیین حجم نمونه به صورت تصادفی انتخاب و از بین آن‌ها ۳۰ زن خانه‌دار گزینش شدند و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم گردید، ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق سه پرسشنامه استاندارد تاب‌آوری (CD-RISC) (۲۰۰۳) و آموزش شناختی رفتاری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده، به دو روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم‌افزار SPSS21 انجام شد. در این پژوهش، از آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و و از آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه‌ها استفاده گردید. قبل از آزمون فرضیه‌ها، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنوف انجام گرفت. سپس مفروضه تجانس واریانس‌ها از طریق آزمون لوین در تمام متغیرهای دو گروه بررسی گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. نتایج حاکی از تأثیر آموزش شناخت درمانی بر تاب‌آوری ($F=15.30$ و $P<0.05$) می‌باشد. نتایج نشان داد که آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زنان خانه‌دار شهر کرج اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: آموزش شناختی رفتاری، تاب‌آوری، زنان خانه‌دار

مقدمه:

از آن جا که مشکلات مختلفی که زنان دارا آنها مواجه هستند، حجم بالایی از استرس و فشار روانی را برای آنان به وجود می آورد که باعث می شود کارآمدی و سلامت روان آنها مختل شود و در کنار کاهش و افت کیفیت زندگی، نسبت به سایر مشکلات روانشناختی آسیب پذیرتر شوند. بنابراین باتوجه به نقش مهم آنان در مدیریت خانواده، مقابله با مشکلات و کاهش تنشهای موجود در میان اعضای خانواده، نیازمند سازگاری مجدد هستند. لزوم توانمندسازی روانی آنان در کنار سایر خدمات اجتماعی و اقتصادی افراد دارای اهمیت است (صدقی، ۱۳۹۷).

زنان و دختران نیروهای پنهان تاب آوری هستند، این جمله در روز جهانی کاهش خطرات بحرانها سال ۲۰۱۲ به گوش تمام دنیا رسانده شد. در واقع این ظرفیت بسیار آشکارتر از آن است که بتوان پنهانش نامید زنان همیشه علاوه بر پرورش توانایی های خود وظیفه و مسئولیت مراقبت و محافظت از دیگران را نیز به نوعی بعهده داشته اند پرورش و توسعه نهایی هر خانواده و اجتماعی در ارتباط مستقیم با اقتدار و توانایی زنان آن اجتماع است. و این صرف نظر از جملات متعارف در قاموس فمینیستی پذیرفتنی است. در هر حال مراقبت و پرورش دیگران برای زنان یک صفت به شمار آمده و این مهم به نتیجه بهینه نخواهد رسید مگر اینکه گام های نخستین در توسعه توانایی های زنان برداشته شده باشد و این قدرت و توان مقابله و برآمدن از عهده این مسئولیت خطیر همان است که خداوند در وجود ایشان به ودیعه نهاده است. توسعه تاب آوری امکان مقابله بهتر و امیدواری بیشتری را نسبت به آینده فراهم ساخته است چالش های عمده زندگی زنانه اعم از ازدواج، تحصیل، اشتغال و همسری و مادری، آسیب پذیری بیشتر در سوانح و بلایای طبیعی و تصادفات و سوانح عمده ترین مسایل و مشکلاتی هستند که تاب آوری زنان را به چالش میکشند. تاب آوری برای بسیاری از زنان قدرت و مهارتی آموختنی و ضروری است اگرچه این برای مردان هم ضروری به نظر می آید اما زنان برای غلبه بر موانع و سازگاری و سازندگی خود و خانواده به توانایی بیشتری نیازمندند. سالانه بیش از دویست میلیون زن از بحرانهای مختلف و بلایا و سوانح متعدد صدمه می بینند و چنانچه صدمات ناشی از آسیبهای اجتماعی و... به آن اضافه کنیم در می یابیم که برنامه هایی برای توانمندسازی و تقویت تاب آوری زنان لازم است که از انتشار و تسری آسیب جلوگیری کند. تاب آوری زنان میتواند شامل مولفه های بدین قرار باشد:

- پذیرش، جذب و تعدیل مخاطرات و آسیبها
- یادگیری رشد در شرایط پرتنش
- تشخیص و پرورش توانایی و استعداد های خاص

- تمرین و مدیریت خشم و استرس
- پرورش و کاربست شوخ طبعی و طنز
- یافتن معنا در بحران ها
- تحمل تنهایی و شکست های اجتماعی
- شناسایی و تشخیص دوره ها و بخشهای پر تنش زندگی

و صد البته بصورت اقتضایی میتوان مولفه های دیگری از تاب آوری را در این اولویت ها لحاظ کرد.

اما وجه غالب تاب آوری زنان زندگی معنوی است. زنان تاب آور سرمایه های واقعی عبور از چالش های اجتماعی و خانوادگی هستند. اگرچه تاب آوری بر ایمنی کامل دلالت نمیکند و وجود عوامل آسیب زا و خطرناک احتمال وقوع صدمه را افزایش میدهد اما از جهت دیگر میتوان گفت که آسیب پذیری و خطر هم مترادف نیستند. بنا براین در شرایط پر خطر هم میتوان با منطق تاب آوری جان سالم بدر برد و زندگی بارور و سرشاری رقم زد. مخاطرات، بلایا و سوانح طبیعی و آسیبهای اجتماعی همیشه بوده وهست از طرف دیگر رشد فن آوری نیز با خود آسیب های متنوع و متعددی همراه دارد که بخش عمده آنها بصورت واقعی یا از کنترل خارج یا غیر قابل پیش بینی است در این میانه تنها راه باقی مانده تقویت و توسعه تاب آوری زنان است. زنان تاب آور علاوه بر خود کنترلی و خودکارآمدی به خوبی از عهده عوامل موثر بر رشد و کیفیت سلامت و بهزیستی روانشناختی خویش آگاه هستند و از آن بهره میگیرند. زنان تاب آور در یافت حمایت و مشارکت اجتماعی نیز توانایی ویژه و چشمگیری از خود نشان می دهند. شگفت انگیزی انسان در ایجاد فرصتها و خلق ظرفیتهای متجلی میشود و این موهبتی است که در سایه هوش معنوی بدست می آید. اغلب اوقات آسیب پذیری زنان قابل رویت نیست اما صدمات و آسیبها را میتوان به خوبی مشاهده کرد. این نکته بسیار حایز اهمیت است که آسیب پذیری را بعنوان یک صفت همیشگی و دایم همراه خود بدانیم این باعث میشود که با هشیاری بیشتر و مسئولانه تر رفتار کنیم. در نظر داشته باشیم که با توسعه تاب آوری زنان میتوان سطح آسیب پذیری هر جامعه ای را کاهش داد. صرف نظر از آسیبهای اجتماعی خاص، ایران در میان ده کشور سانحه خیز جهان است و می بایست به توسعه و تقویت تاب آوری زنان کماکان توجه ویژه داشت (مقدسی، ۱۴۰۰).

درمان شناختی- رفتاری: درمان شناختی رفتاری (شناخت درمانی) نوعی درمان روان درمانی است که به افراد کمک می کند یاد بگیرند که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحم را که تأثیر منفی بر رفتار و احساسات دارند، شناسایی و تغییر دهند. درمان شناختی رفتاری بر تغییر افکار منفی خودکار تمرکز دارد که می تواند به مشکلات عاطفی، افسردگی و اضطراب کمک

کند و آنها را بدتر کند. این افکار منفی خود به خودی تأثیر مخربی بر خلق و خو دارند. از طریق شناخت درمانی، این افکار شناسایی می شوند، به چالش کشیده می شوند و با افکار واقعی تر و واقعی تر جایگزین می شوند. انواع درمان شناختی رفتاری شامل طیف وسیعی از تکنیک ها و رویکردهایی است که به افکار، احساسات و رفتارها می پردازد. اینها می توانند از روان درمانی های ساختاریافته تا مواد خودیاری متغیر باشند (هالچین و ویتبورن، ۲۰۱۴).

درمان شناختی- رفتاری ترکیبی از نظریه ها و فنون رفتار درمانی و شناخت درمانی است. رویکردهای رفتاری و شناختی هر دو تا حدی از سنت تجربی برآمده اند و تأکید آن روی افزایش مهارت های شناختی و کاهش فعالیت های شناختی ناسازگارانه می باشد و از تکالیف رفتاری هم برای تغییر رفتار استفاده به عمل می آورد و این روشها با توجه به پیشرفت بیماران در هر جلسه برای آنها به کار گرفته می شود (کرامر، ۲۰۰۹). منشأ روش درمان شناختی- رفتاری به روش شناخت درمانی بک (۱۹۷۶) بر می گردد که به طور عمده برای درمان افسردگی ابداع شده بود. بر اساس نظریه شناختی بک؛ افراد افسرده به افکار غلط و غیر منطقی می پردازند و همین امر علت اصلی مشکلات آنان است. بنابراین، مهمترین مرحله در روش درمانی بک، کمک به مراجع برای شناخت افکار غلط و تصورات ناسازگارانه ی مؤد مشکل اوست (سیف، علی اکبر؛ ۱۴۰۰، ۳۶۹).

شناخت درمانی شامل طیف وسیعی از تکنیک ها و رویکردهایی است که به افکار، احساسات و رفتارها می پردازد. اینها می توانند از روان درمانی های ساختاریافته تا مواد خودیاری متغیر باشند. انواع خاصی از رویکردهای درمانی وجود دارد که شامل شناخت درمانی می شود، از جمله: شناخت درمانی بر شناسایی و تغییر الگوهای تفکر نادرست یا تحریف شده، پاسخ های عاطفی و رفتار متمرکز است (مارتین، ۲۰۱۶).

تکنیک های شناخت درمانی: شناخت درمانی چیزی فراتر از شناسایی الگوهای فکری است. بر روی استفاده از طیف گسترده ای از استراتژی ها برای کمک به افراد برای غلبه بر این افکار متمرکز است. تکنیک ها ممکن است شامل یادداشت روزانه، ایفای نقش، تکنیک های آرام سازی و حواس پرتی ذهنی باشد (پاشالی، ۲۰۱۴).

• شناسایی افکار منفی

^۱ Halgin and Whitbourne

^۲ Martin

^۳ Paschali

این مهم است که یاد بگیریم افکار، احساسات و موقعیت‌ها چگونه می‌توانند به رفتارهای ناسازگار کمک کنند. این فرآیند می‌تواند دشوار باشد، به‌ویژه برای افرادی که با درون‌نگری دست و پنجه نرم می‌کنند، اما در نهایت می‌تواند به کشف خود و بینش‌هایی منجر شود که بخش اساسی از روند درمان می‌باشد (لینکلون ، ۲۰۱۸).^۴

• تمرین مهارت‌های جدید

شروع تمرین مهارت‌های جدیدی که می‌توانند در موقعیت‌های واقعی استفاده شوند، مهم است. برای مثال، یک فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد ممکن است شروع به تمرین مهارت‌های مقابله‌ای جدید و تمرین روش‌هایی برای اجتناب یا مقابله با موقعیت‌های اجتماعی کند که به طور بالقوه می‌تواند باعث عود بیماری شود.

• تعیین هدف

هدف‌گذاری می‌تواند گام مهمی در بهبود بیماری روانی باشد و به شما کمک کند تا تغییراتی برای بهبود سلامت و زندگی خود ایجاد کنید. در طول شناخت درمانی، یک درمانگر می‌تواند با آموزش نحوه شناسایی هدف، تمایز بین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت، تعیین اهداف هوشمند (مشخص، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، مرتبط، مبتنی بر زمان) و تمرکز، به مهارت‌های هدف‌گذاری کمک کند. در فرآیند به اندازه نتیجه نهایی.

• حل مسئله

یادگیری مهارت‌های حل مسئله می‌تواند به شما در شناسایی و حل مشکلات ناشی از استرس‌های زندگی، اعم از بزرگ و کوچک کمک کند و تأثیر منفی بیماری‌های روانی و جسمی را کاهش دهد. حل مسئله در شناخت درمانی اغلب شامل پنج مرحله است:

۱- شناسایی یک مشکل

۲- ایجاد لیستی از راه‌حل‌های ممکن

۳- ارزیابی نقاط قوت و ضعف هر راه‌حل ممکن

۴- انتخاب راه‌حل برای پیاده‌سازی

۵- پیاده‌سازی راه‌حل (اسبورلتی ، ۲۰۱۴)

۵

^۴Lincoln

^۵Sburlati

• نظارت بر خود

همچنین به عنوان کار روزانه شناخته می شود، خود نظارتی بخش مهمی از شناخت درمانی است که شامل ردیابی رفتارها، علائم یا تجربیات در طول زمان و به اشتراک گذاشتن آنها با درمانگر شما است. خود نظارتی می تواند به ارائه اطلاعات مورد نیاز برای ارائه بهترین درمان به درمانگر کمک کند. برای مثال، برای افرادی که با اختلالات خوردن کنار می آیند، نظارت بر خود ممکن است شامل پیگیری عادات غذایی و همچنین هرگونه افکار یا احساسی باشد که همراه با مصرف آن وعده غذایی یا میان وعده باشد (لومبورگ ، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر سعی در بررسی تأثیرگذاری آموزش شناخت درمانی اثربخشی آن بر متغیرهای تاب‌آوری زنان خانه دار شده است و شناخت درمانی طی هشت جلسه آموزش داده شد و سعی بر آن گردید که با بررسی متغیرهای تاب‌آوری گامی در جهت بهبود وضعیت روحی و روانی زنان خانه دار، این مولدان سلامت و توسعه همه جانبه هر جامعه برداشته شود و در مسیر احساس بهره‌وری و رضایت ولذت از زندگی این قشر اثرگذار حرکتی صورت گیرد. در همین راستا این پژوهش به دنبال بررسی این مساله است که آیا آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زنان خانه دار شهر کرج اثربخش است؟

مواد و روش ها

پژوهش حاضر، از جمله طرح‌های نیمه‌آزمایشی، به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بوده که دارای دو گروه بوده است. هر دو گروه دو بار مورد مشاهده (اندازه‌گیری) قرار گرفته‌اند. نخستین مشاهده با اجرای یک پیش‌آزمون و دومین آن با اجرای یک پس‌آزمون صورت گرفته است.

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به مرکز روانشناختی شهر کرج بودند که تعداد آن‌ها طبق آخرین آمار مأخوذه برابر با چهارصد نفر بوده که در بازه زمانی سه‌ماهه زمستان ۱۴۰۰ که ۳۰ نفر از زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به مرکز روانشناختی رازی به عنوان نمونه به صورت هدفمند و در دسترس انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات لازم در مورد تحلیل سوال‌های پژوهش، پرسشنامه تاب‌آوری (CD-RIS) (۱۹۷۹-۱۹۹۱) ۲۵ سؤال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، است.

روان درمانی گروهی شناختی-رفتاری مشتمل بر ۹ جلسه درمانی (هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه) می باشد. محتوای جلسه‌ها بر مبنای رویکرد شناختی-رفتاری، در چارچوب طرح درمانی ویلدرموت (۲۰۰۸) در ۹ جلسه طراحی گردیده است. در هر جلسه،

ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه، مطرح می شود و اعضای گروه، با بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب میپردازند. در پایان هر جلسه، مطالب جمع بندی شده و تکلیفی برای جلسه ی بعد ارائه می شود.

جلسه اول: آشنایی

معرفی: شرکت کنندگان خود را معرفی کرده و می گویند چرا تصمیم به شرکت در جلسات گروهی شناختی-رفتاری گرفته اند.

ارائه اطلاعات پایه ای در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری

بیان علت برگزاری این جلسات و هدف گروه درمانی شناختی-رفتاری

بیان و شرح اصول رازداری و دادن اطمینان خاطر به مراجعان که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه است

بیان قوانین و اصول جلسات درمان

انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکلیف

گرفتن پیش آزمون

جلسه دوم: افکار، احساسات، رفتار

توضیح درباره ی ارتباط افکار، احساس و رفتار

بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار

توضیح در مورد سبک های ناکارآمد تفکر

بیان خطاهای شناختی معمول

توزیع کاربرگ بازسازی افکار

جلسه سوم: بازسازی افکار

بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل

توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)

توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار

جلسه چهارم: نشانه ها و زنجیره ها

بررسی تکلیف جلسه قبل

بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد

توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می‌گیرد

بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب

جلسه پنجم: جرات ورزی

بررسی تکلیف جلسه قبل

تعریف رفتار جرات‌مندانه

تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات‌مندانه داشتن مشکل است

خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات‌ورزی

فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات‌مندانه

نمونه‌ای از افکار و خودگویی‌های منفی که مانع جرات‌مندی می‌شود

جلسه ششم: تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق

تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر

راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند

توزیع کاربرد فعالیت های خوشایند

جلسه هفتم : مدیریت استرس و حل مسئله

بررسی تکلیف جلسه قبل

توضیح در مورد استرس، استرسور و مدیریت استرس ها

مدیریت استرس

راهکارهایی برای حل مسئله

آموزش آرامش عضلانی

جلسه هشتم : عزت نفس

بررسی تکلیف جلسه قبل

تعریف عزت نفس

بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی های منفی موجب عدم عزت نفس می شود
راهبردهایی برای بهبود عزت نفس

توزیع کاربرد خود انگاره

جلسه نهم : پیشگیری از عود

بررسی تکلیف جلسه قبل

برنامه ریزی برای پیشگیری از عود

بیان ضرورت تمرین مهارت های کسب شده در طول جلسات

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، به دو روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم‌افزار SPSS21 انجام شد. در این پژوهش، از آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و نشان دادن فراوانی و نمودارهای مربوط به آن استفاده شد و از آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه‌ها استفاده گردید. قبل از آزمون فرضیه‌ها، مفروض نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنوف انجام گرفت. سپس مفروضه هم‌گنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین در تمام متغیرهای دو گروه بررسی گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد.

یافته‌ها

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲/۳	۰/۳۳
		پس آزمون	۱۵	۲/۳۱	۰/۳۱
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲/۳۸	۰/۳۱
		پس آزمون	۱۵	۲/۹۱	۰/۴۴

همانطوریکه ملاحظه می‌شود مقدار متغیر تاب آوری زنان خانه دار در مرحله پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما مقدار متغیرهای تاب آوری در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش محسوسی یافته است.

یکی از پیش شرط‌های استفاده از آزمون کوواریانس، نرمال بودن توزیع آماری متغیرهای تحقیق می‌باشد. به این منظور با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف، نرمال بودن متغیرها را مورد سنجش قرار می‌دهیم:

جدول ۴-۵: آزمون نرمال

متغیرها	مقدار آماره z	مقدار خطا	sig
تاب آوری	۰/۷۱۲	۰/۰۵	۰/۰۸۸

با توجه به اطلاعات جدول آزمون نرمال ملاحظه می گردد که مقدار احتمال در متغیر تاب آوری معنی دار نشده است (مقدار احتمال بزرگتر از سطح خطای ۰/۰۵ می باشد) که نشان دهنده نرمال بودن متغیرهای تحقیق می باشد که یکی از پیش شرط های استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس می باشد.

متغیرها	مقدار لوین	درجه آزادی	خطا	مقدار احتمال
تاب آوری	۱/۲۰۱	۲۸۰۱	۰/۰۵	۰/۵۲۴

با توجه به اینکه در آزمون لوین، مقدار احتمال از سطح ۰/۰۵ بیشتر می باشد، این نتیجه حاصل می گردد که فرض برابری واریانس های دو گروه تایید می شود که یکی دیگر از پیش شرط های آزمون آنالیز کوواریانس می باشد. همگونی شیب خط رگرسیون

جدول ۴-۷: تعامل متغیر مستقل و همپراش

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیش	مقدار احتمال
تاب آوری	گروه و پیش آزمون	۴/۱۲۳	۲	۱/۴۵۶	۵/۲۱	۰/۱۸

با توجه به اینکه مقدار احتمال از ۰/۰۵ بیشتر می باشد بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر مورد قبول و فرضیه مقابل رد می شود و پیش فرض همگونی شیب خط رگرسیون رعایت شده است.

خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و متغیر مستقل

جدول ۴-۸: تحلیل کواریانس یک طرفه

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	مقدار احتمال
تاب آوری	۰/۱۶۵۶	۱	۰/۱۶۵۶	۶/۶۴۲	۰/۰۱۲

ملاحظه می گردد که مقدار احتمال از سطح ۰/۰۵ کمتر می باشد و در واقع مقدار f متغیر همپراش معنی دار می باشد و این نتیجه حاصل می گردد که پیش فرض خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و متغیر مستقل برقرار می باشد.

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۲/۸۸۶	۲	۱/۵۰۲	۱۲/۱۲۳	۰/۰۰۰	
عرض از مبدا	۱/۱۴۵	۱	۱/۱۴۵	۹/۲۰۲	۰/۰۰۲	
پیش آزمون تاب آوری	۰/۱۶۵۶	۱	۰/۱۶۵۶	۶/۶۴۲	۰/۰۱۲	
گروه (متغیر مستقل)	۲/۱۲۶	۱	۲/۱۲۶	۱۵/۳۰۲	۰/۰۰۰	۰/۲۸۶
خطا	۲۱۲/۲۲۳	۲۷	۷/۸۶۰	۰/۲۰۱		
مجموع	۲۱۲/۴۱۲	۳۰				
کل تصحیح شده	۵/۹۰۲	۲۹				

با توجه به میزان $F = ۱۵/۳۰$ و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح ۰/۰۵ کمتر می باشد با ۰/۹۵ اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که آموزش شناخت درمانی بر تاب آوری خانه دار شهر کرج اثربخش است. در واقع آموزش شناخت درمانی موجب بهبود تاب آوری زنان خانه دار می گردد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان می دهد که آموزش شناختی رفتاری بر تاب آوری زنان خانه دار شهر کرج اثربخش است که این نتیجه با نتایج تحقیقات موسوی و همکاران (۱۴۰۰)، کریمی و همکاران (۱۴۰۰)، طاهر سلطانی و همکاران (۱۴۰۰)، شمیرانی و همکاران (۱۴۰۰)، سعیدیان و همکاران (۱۴۰۰)، فرهاد و همکاران (۱۴۰۰)، شفیع و نصیری (۱۳۹۹)، ریسی و همکاران (۱۳۹۹)، یوسف زاده و همکاران (۱۳۹۹)، ملک زاده و همکاران (۱۳۹۹)، پای خسته و همکاران (۱۳۹۹)، صالحی و همکاران (۱۳۹۹)، نصیری و همکاران (۱۳۹۹)، عرب نژاد و همکاران (۱۳۹۸) و ارنست (۲۰۲۱)، سوراناتا و همکاران (۲۰۲۱)، باجگار و همکاران (۲۰۲۱)، هاپکینسون و همکاران (۲۰۱۸) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که زنان خانه داری که آموزش شناختی رفتاری و مهارت زندگی ندیده اند کیفیت زندگی پایین تری برخوردار می باشند. موفقیت زنان خانه دار در دستیابی به زندگی بهتر فردی و اجتماعی و عملکرد مطلوب در زندگی، به شناخت و برداشت او از چگونگی نقاط ضعف و قوت توانایی ها و قابلیت های مدیریتی او بستگی دارد. خودکارآمدی زنان با آموزش شناختی رفتاری در رابطه با فعالیت های روزمره بر روی بهره‌وری آنها در زندگی تاثیر گذار خواهد بود و دلیل آن نیاز آنها به کسب مهارت های اجتماعی و داشتن عملکرد مناسب و اطلاعات مربوط به ارتباطات اثربخش با دوستان و خانواده است تا تأثیر این متغیرها بر بهره‌وری و ارتقای کیفیت زندگی زنان خانه دار را ببینند.

منابع:

- بهادری خسروشاهی جعفر، حبیبی کلیبر رامین (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر سرمایه روان شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی سالمندان. فصلنامه علمی - پژوهشی عصب روانشناسی، دوره ۲، شماره ۶، پاییز ۱۳۹۵، صفحه ۴۴-۲۷.
- جاهد مطلق، عذرا، یونسی، سید جلال و ازخوش، فرضی (۲۰۱۵) اثربخشی آموزش تاب آوری بر فشار روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی ساکن خوابگاه. روانشناسی مدرسه، دوره ۴، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴، صفحه ۷-۲۱.
- حیدری، بختیارپور، مکوندی، بهنام، نادری و فرح، حافظی (۲۰۱۶). بررسی اثر بخشی آموزش برنامه فرزند بر اضطراب کودکان شهر شیراز. فصلنامه علمی- پژوهشی روشها و مدل‌های روانشناختی، دوره ۷، شماره ۲۴، تابستان ۱۳۹۵، صفحه ۳۸-۲۳.

- دوایی مرکزی، م.، کریمی، ج.؛ گودرزی، ک. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی مداخلات زوج درمانی مبتنی بر واقعیت درمانی و هیجان مدار بر شادکامی و تاب آوری زوجین. فصلنامه پژوهش های مشاوره ، تازه ها و پژوهش های مشاوره ، بهار ۱۴۰۰، دوره ۲۰، شماره ۷۷، از صفحه ۸۹ تا صفحه ۱۲۱.
- سعیدیان آتوسا، احدی مروارید، ملیحی الذاکرینی سعید، صرامی غلامرضا، صیرفی محمدرضا (۱۴۰۰). نقش واسطه ای تاب آوری در ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به آسم. فصلنامه فیض. فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۰، دوره ۲۵، شماره ۱، از صفحه ۷۸۴ تا صفحه ۷۹۰.
- طاهرسلطانی فروغ، جمهری فرهاد، باقری فریبرز (۱۴۰۰). پیش بینی پیشرفت و مسئولیت پذیری براساس ادراک شایستگی، تاب آوری و نوجویی در بین دانشجویان. فصلنامه علوم روانشناختی دوره بیستم بهار (اردیبهشت) ۱۴۰۰ شماره ۹۸، صفحه ۲۱۹-۲۳۲.
- عرب نژاد شادی، مفاخری عبدالله، رنجبر محمدجواد (۱۳۹۸). نقش انسجام خانواده و خودارزشمندی در پیش بینی گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مقطع متوسطه اول. فصلنامه مطالعات روانشناختی. بهار ۱۳۹۷، دوره ۱۴، شماره ۱؛ از صفحه ۱۴۷ تا صفحه ۱۶۲.
- محمدی شمیرانی سمانه، سعدی پور اسماعیل، درتاج فریبرز، ابراهیمی قوام صغری، فلسفی نژاد محمدرضا (۱۴۰۰) در مقاله ای با عنوان تاثیر آموزش تاب آوری مبتنی بر بازی بر پرخاشگری کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی، مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۰، شماره ۹۹، (بهار ۱۴۰۰، خرداد)، صفحه ۳۵۳-۳۶۴.
- موسوی سیدعلیرضا، الوانی جمال الدین، قاسمی پناه میترا (۱۴۰۰). تعیین رابطه بین سازگاری هیجانی و تنظیم شناختی هیجان با تاب آوری در پرستاران نظامی. نشریه طب دریا، بهار ۱۴۰۰، دوره ۳، شماره ۱؛ از صفحه ۳۹ تا صفحه ۴۵.
- یوسف زاده مهدیه، هاشمی سیدمسعود، طالبی هوشنگ، نشاط دوست حمیدطاهر، طاهری مهرداد، مومن زاده سیروس (۱۳۹۹) در مقاله ای با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش خطای شناختی فاجعه آفرینی درد و افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به کمر درد مزمن شهر تهران. فصلنامه علمی، پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۲ - (تابستان ۱۳۹۹)، صفحات ۲۶-۴۳.
- Blanco-Donoso LM, Garrosa E, Demerouti E, Moreno-Jiménez B. Job resources and recovery experiences to face difficulties in emotion regulation at work: A diary study among nurses. International Journal of Stress Management. (2017);24(2):107.

- García Y, Ferrás C, Aguilera A, Ávila P. Usability and feasibility study of a remote cognitive behavioral therapy system with long-term unemployed women. *Journal of Technology in Human Services*. 2017;35(3):219-30.
- Jolanta Babiak , Beata Bajcar (2021) Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of health anxiety and obsessive–compulsive symptoms in a community sample
- Kadek Suranata, Itsar Bolo Rangka, Agus Aan Jiwa Permana, Gianluca Castelnuovo(2021) The comparative effect of internet-based cognitive behavioral counseling versus face to face cognitive behavioral counseling in terms of student’s resilience
- M Masselink , E Van Roekel , A J Oldehinkel (2021) Self-esteem in Early Adolescence as Predictor of Depressive Symptoms in Late Adolescence and Early Adulthood: The Mediating Role of Motivational and Social Factors
- Michael Hopkinson, Danielle Clarkesmith, Deirdre A Lane, James Reavell(2018) Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients With Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis
- Neba, Ernest (2021) The Impact of Self-Efficacy and Resilience and the Impact of Covid 19 Socio-Political Crisis in Northwest and Southwest Cameroon on the Academic Success of Adolescent Students at Boa University, Cameroon.
- Tsirigotis K, Łuczak J. Resilience in women who experience domestic violence. *Psychiatric quarterly*. (2018);89(1):201-11.
- Ulrich Orth, Ruth Yasemin Erol, and Eva C. Luciano(۲۰۱۸). Development of Self-Esteem From Age 4 to 94 Years: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی