

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش میزان پرخاشگری کلامی، اضطراب و

افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان شهر شیراز

زهرة نیکویی^۱

۱. دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد هرمزگان، هرمزگان، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره شانزدهم، زمستان ۱۴۰۱، صفحات ۲۱-۱۲

چکیده

پژوهش حاضر، باهدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان پرخاشگری کلامی، اضطراب و افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان شهر شیراز در سال ۴۰۰-۱۳۹۹ 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، پرخاشگری کلامی و افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان شده است. مهم‌ترین نتایج این پژوهش، مؤثر و مفید بودن درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان پرخاشگری کلامی، اضطراب و افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان می‌باشد. نتیجه‌گیری می‌شود که درمان شناختی رفتاری بر بهبود نشانه‌های اضطراب و پرخاشگری کلامی و بهبود میزان سرسختی می‌تواند مؤثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، اضطراب، پرخاشگری کلامی، سرسختی روان‌شناختی، معلمان.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره شانزدهم، زمستان ۱۴۰۱

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 تجربه شده برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی آموزگاران مانند سن، جنس، وضعیت تحصیلی، طول تجربه در تدریس و وضعیت موجود در مدرسه فرق می‌کند (کاپریاکو و ساتکلیف، 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، 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 خویش می‌تواند عنوان عامل خطر در جهت ترس و اجتناب افراد مستعد به اضطراب اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی باشد (روث، ۲۰۰۴). خشم نوعی هیجان است ولی پرخاشگری رفتاری است که با عمل حمله کردن و به مقابله رفتن شاخص می‌شود و با رفتار امتناع از جنگیدن یا گریختن از مشکلات متضاد است (دادستان، ۱۳۹۰) و یکی از شایع‌ترین مشکلات رفتاری است که موجب ناراحتی و پریشانی دیگران می‌شوند و بهداشت روانی جامعه را مختل می‌سازند (صادقی فرد، ۱۳۸۸).

متأسفانه به نظر می‌رسد جو پرخاشگری در همه جوامع وجود دارد که در این میان، پژوهش‌های مختلف عواملی چون اعتیاد به مواد مخدر (وان، بالدريج، کلبی، استنفورد، ۲۰۰۹، موری، استوارت، میهان، راتیگان، ۲۰۰۹)، پرورش یافتن در یک خانواده خشن، سطح پایین آموزشی (شمس اسفندآباد و امامی‌پور، ۱۳۸۲)، ابتلا به مشکلات روانپزشکی (عاطف وحید و همکاران، ۱۳۸۹)، ابتلا به بیماری‌های جسمانی از قبیل نارسایی کلیه (توانگر و صادقیان، ۱۳۸۲)، ابتلا به پراشتهایی روانی (عسگری، حیدری و ستایش‌نیا، ۱۳۸۹)، را با رفتارهای پرخاشگرانه در ارتباط دانسته‌اند.

از جمله متغیرهایی که احتمال می‌رود در افراد مبتلا به اضطراب و پرخاشگرایی 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، مدیریت خشم 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 به‌تازگی کسب‌شده‌اند 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، 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.

درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به بهبود احساسات منفی بیمار تا حد زیادی کمک کند و بر کیفیت خواب و سلامت عمومی وی تأثیرگذار باشد (هور و همکاران، ۲۰۱۱؛ مارتینز-دوسا و همکاران، ۲۰۱۰). میان نظریه‌های مختلف درمانی، نظریه شناختی رفتاری یکی از نظریه‌های موفق در زمینه مدیریت خشم به شمار می‌رود. در این نظریه، کاهش خشنونت بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است (آذریان، ۱۳۸۶). این دیدگاه معتقد است علت اکثر مشکلات رفتاری را باید در خطاهای شناختی و باورهای غیرمنطقی جستجو نمود و به این دلیل شناخت درمانگران می‌خواهند از طریق تغییر فکر و عقیده، مشکلات رفتاری افراد را بهبود بخشند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۳؛ کری، ۲۰۰۵). پژوهش‌هایی نیز به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مدیریت خشم و پرخاشگری پرداخته‌اند و به اثربخشی این نوع درمان در کاهش پرخاشگری مادران (شکوهی یکتا، پرنده و زمانی، ۲۰۱۰)، کاهش پرخاشگری در رانندگان (کاظمینی، قنبری هاشم‌آبادی، مدرس و اسماعیلی‌زاده، ۱۳۹۰)، و افزایش سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی کاهش پرخاشگری در آنان (خجسته کاشانی، آقا محمدیان شعراب و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۱) اشاره کرده‌اند. آب نیکی، ابوالقاسمی، عباسی، معزز و جلالی (۱۳۹۴) این روش‌ها در درمان طیف گسترده‌ای از اختلالات مربوط به استرس (بوهلمیجر، پرنگر، تال و سویچیرس، ۲۰۱۰؛ چیسو و سرتی، ۲۰۰۹) اختلالات اضطرابی و خلقی (هوفمن، ساویر، ویت و او، ۲۰۱۰) و یا درد مزمن (ونگ، چان، ونگ، چو، لام و همکاران، ۲۰۱۱؛ مورن، جرکو و وینر، ۲۰۰۸) اثربخش بوده‌اند. با توجه به اهمیت درمان شناختی رفتاری و با توجه به ضرورت استفاده از آن در فرآیند درمان اضطراب و مدیریت خشم و سرسختی روان‌شناختی، هدف از انجام پژوهش حاضر این است آیا درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان اضطراب، مدیریت خشم 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 مداخله‌ی 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. بدین‌صورت اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر مدیریت خشم، اضطراب و سرسختی روان‌شناختی معلمان به‌عنوان متغیر وابسته مشخص گردد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه معلمان زن شهر شیراز در سال تحصیلی ۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه موردنظر در پژوهش حاضر از نوع دسترس به کار گرفته شد؛ که از معلمان پایه ششم ابتدایی با اجرای پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری و سرسختی روان‌شناختی، ۳۰ معلم که دارای پرخاشگری بالا، 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 شیراز 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 پرسشنامه پرخاشگری 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 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، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری 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 باوری، 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 پرخاشگری باس و پری: این پرسشنامه توسط آرنولد اچ. باس و مارک پری (۱۹۹۲) تدوین شد و حاوی ۲۹ گویه ۵ گزینه‌ای (کاملاً شبیه من=۵ تا کاملاً متفاوت از من=۱) به جز سؤال ۲۴ و ۲۹ که به صورت عکس نمره‌گذاری می‌گردد) می‌باشد که ۴ عامل رفتاری پرخاشگری بدنی (۹ گویه)، پرخاشگری کلامی (۵ گویه)، خشم (۷ گویه) و کینه‌توزی (۸ گویه) را ارزیابی می‌کند. این عوامل در سه مؤلفه حرکتی یا ابزاری (پرخاشگری بدنی و کلامی)، هیجانی (خشم)، و شناختی (کینه‌توزی) طبقه‌بندی می‌گردند. روایی فرم اصلی این پرسشنامه توسط سازندگان آن محاسبه شده و برای عوامل پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و کینه‌توزی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۲ و ۰/۷۲ گزارش شده است (سامانی، ۱۳۸۶). اعتبار و پایایی پرسشنامه از همسانی درونی خوبی بهره‌مند است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳، ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۹ است. ثبات درونی چهار عامل و همچنین نمره‌های کل تست بین ۰/۷۲ و ۰/۸۹ و بازآزمایی تست بین ۰/۷۲ و ۰/۸۰ و نیز روایی همگرای این پرسشنامه بین ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (فرج‌زاده، پورشهریاری، رضائیان، انزایی، ۱۳۹۱). در این پژوهش تنها کل معیار در نظر گرفته شده است. هر چه کل امتیاز بیشتر باشد، پرخاشگری بیشتر است.

مقدار ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شود. به جز ماده‌های ۲۱، ۱۷، ۱۳، ۱۰، ۷، ۶ که در این پرسشنامه نشان‌دهنده سرسختی روان‌شناختی بالا در افراد است. نجاریان و همکاران گردید که برای کل آزمودنی‌ها ۰/۷۶ به دست آمد که کاملاً ضریب قابل قبولی می‌باشد. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه سخت رویی در کل نمونه به دست آمد. همچنین ضریب همبستگی خود شکوفایی ۰/۶۵ بوده است. بین اعتبار سازه‌ای سرسختی و مقیاس سرسختی همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار 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 می‌کند و نشان می‌دهد که یکی از بهترین ابزارهای سنجش سرسختی در افراد می‌باشد.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۳۰ معلم زن که دارای اضطراب و پرخاشگری بالا و سرسختی پایین بودند که به‌عنوان نمونه انتخاب شده‌اند، انجام شده است. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب، پرخاشگری و سرسختی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب، پرخاشگری 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
پرخاشگری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۳/۴۲	۵۷/۷۸	۴۱/۴۵	۶/۱۵
پرخاشگری	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
پرخاشگری	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۷/۴۵	۵۳/۱۲	۴۰/۹۷	۵/۰۹
پرخاشگری	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 پرخاشگری 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 پرخاشگری 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 پیلابی	۰/۹۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲
لامیدای ویلکز	۰/۰۶۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲
اثر هتلینگ	۱۵/۷۱	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۵/۷۱	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح 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 مانکروا استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

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

منابع تغییر	میانگین	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا
مجدورات				
اضطراب	۶۷۵/۱۲	۱	۱۳۴/۳۲	۰/۸۸
پرخاشگری	۱۳۶۱/۴۵	۱	۱۳۵/۶۷	۰/۷۹
سرسختی روان‌شناختی	۶۶۱/۳۴	۱	۹۸/۴۷	۰/۸۱

با توجه به مندرجات جدول ۳، مقدار برای اضطراب ۱۳۴/۳۲ به دست آمد که در سطح معنادار قرار دارد، برای پرخاشگری 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 پرخاشگری، ۰/۸۱ تغییر در سرسختی روان‌شناختی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است.

شاخص‌ها	مجموعه	درجه آزادی	میانگین	F	سطح	اندازه اثر اتا
مجدورات						
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، پرخاشگری و افزایش سرسختی روان‌شناختی معلمان شهر شیراز 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، پرخاشگری و سرسختی روان‌شناختی معلمان تأثیر معنی‌دار داشته است. بر اساس میانگین نمرات می‌توان گفت که نمرات اضطراب، پرخاشگری در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش و سرسختی روان‌شناختی در پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته است؛ نتایج این پژوهش با یافته‌های شکوهی یکتا و همکاران (۱۳۹۸)، کاظمینی و همکاران (۱۳۹۶)، خجسته کاشانی و همکاران (۱۳۹۶)، کرمی و همکاران (۱۳۹۶)، محمدخانی و همکاران (۱۳۹۰)، آب نیکی و همکاران (۱۳۹۴)، بوهلمیجر و همکاران (۲۰۱۰)، چیسا و سرتی (۲۰۰۹)، هوفمن و همکاران (۲۰۱۰)، ونگ و همکاران (۲۰۱۱)، مورن و همکاران (۲۰۰۸)، مولارکیا و همکاران (۲۰۲۰)، آرک و همکاران (۲۰۱۲)، ٹایفرت 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 ازلحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند درنهایت 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 ایمنی‌نگرانی، 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 ایمنی‌نگرانی و اجتناب فعال و منفعل را از طریق مواجهه و تکالیف بارداری تن‌آزایی می‌توان اضطراب و پریشانی را در آن‌ها کاهش داد. درواقع یکی از دلایل این نتیجه به کار بردن روش‌های شناختی- رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی بازمی‌گردد 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 (اون یونگ و چانگ، ۲۰۰۶؛ پاریش و رامبد، ۲۰۰۶؛ راسمن، ۲۰۰۸). در رابطه با کاهش پرخاشگری در این رویکرد، مبنای تغییر افراد تأثیری است که در روند درمان به‌دلیل آگاهی یافتن مراجعان از چگونگی تأثیر متقابل شناخت و افکار خودآیند و هیجان‌های منفی در کم شدن قدرت تحمل هیجان خشم و ابراز نامناسب آن در قالب پرخاشگرانه به‌دست می‌آید. در نتیجه مراجعان یاد می‌گیرند که افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی خود را در موقعیت خشم برانگیز شناسایی کرده، با استفاده از تکنیک‌های آموزش داده‌شده در روند درمان از جمله تنفس شکمی، تن آرامی و ترک موقعیت از ابراز خشم به‌صورت پرخاشگرانه جلوگیری کنند و با استفاده از روش‌های یاد گرفته‌شده در روند درمان از جمله جرأت‌مندی حل مسأله، خشم خود را به شیوه سازنده‌تر ابراز کنند که همین امر از میزان اختلافات معلمان با همکاران و دانش‌آموزان کاسته و باعث بهبود روابط بین فردی سازگاری بیشتر با اعضای مدرسه می‌شود. محدود بودن جامعه به گروه معلمان شهر شیراز، 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 نیکویی، 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)، ۱۱۸-۹۹.
- آگیلار وفایی، ماریا (۱۳۷۹). فشار روانی شغل معل می: شیوع، منابع و پیامدهای فشار روانی شغلی در میان معلمان مقاطع ابتدایی و متوسط. پژوهش‌های روان‌شناختی، ۲، ۶۳-۹۱.

- خجسته کاشانی، امیر؛ آقا محمدیان شعریاف، حمیدرضا؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مدیریت پرخاشگری مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی. خلاصه مقالات اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دادستانه. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، ۶(۱ و ۲)، ۹۱-۶۳.
- شفیع‌آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۸۳). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران، مرکز نشر دانشگاهی ۱۰۵۶-۱۰۵۷.
- کوری، جerald (۱۳۸۷). نظریه و کاربردهای مشاوره و روان‌درمانی، مترجم: یحیی سید محمدی تهران: نشر ارسباران. تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۸.
- کاظمینی، تکتم؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی؛ مدرس غروی، مرتضی؛ اسماعیلی‌زاده، مسعود (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری رانندگی. مجله روانشناسی بالینی، شماره ۲ (پیاپی) ۱۰.
- کرمی، جهانگیر؛ مکاری، زهرا و شلانی، بیتا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش آرام سازی عضلانی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان ناباور، مجله رویش روانشناسی، ۶(۴)، ۲۴۱-۲۵۵.
- هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس، پاول؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید (۱۳۸۶). رفتار درمانی شناختی؛ ترجمه حبیب الله 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.
- 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.
- 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.
- Reilly, P.M., Clark, H. W., Shopshire, M.S., Delucchi, K. L. (1995). Anger management, posttraumatic stress disorder, and substance abuse. NIDA Research Monograph: Problems of Drug

Dependence, Proceedings of the 57th Annual Scientific Meeting. P 322. College on Problems of Drug Dependence. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Reilly, P.M., Clark, H.W., Shopshire, M.S. (2000). Anger management group treatment for cocaine dependent clients. Preliminary outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (2), 161-177.
- Reilly, P.M., Shopshire, M.S., Clark, H. (1999). Anger management treatment for cocaine dependent clients. NIDA Research Monograph: Problems of Drug Dependence, Proceedings of the 60th Annual Scientific Meeting. P 167. College on Problems of Drug Dependence. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- 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.
- Shokoohi-Yekta, M., Akram. Zamani, N. (2010). Anger management instruction for mothers: a cognitive behavioural Approach. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1371-1375.
- 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, 724-733.