

اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی- رفتاری در سلامت عمومی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول

جعفر محمودی^۱، دکتر یحیی عراقی^۲، علی اکبر شریفی^۳

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی رفتاری بر افزایش سلامت عمومی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر مرند انجام شد. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه‌ی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر مرند بود که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر پرسشنامه 28 سوالی سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) بود. داده‌های بدست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد و نتایج نشان داد آموزش رویکرد شناختی- رفتاری به شیوه گروهی کارکرد اجتماعی دانش آموزان را افزایش و علائم افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی آنها را به کاهش می‌دهد.

کلید واژه‌ها: مشاوره شناختی- رفتاری، سلامت عمومی، دانش آموزان دختر.

^۱ کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران. (نویسنده مسئول).

Jafar.mahmoodi79@gmail.com

^۲ دکترای مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران.

^۳ دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

مقدمه:

سلامت عمومی از جمله مسایلی است که قرنهای متمادی همواره مورد توجه روانشناسان، مشاوران و متخصصین علوم رفتاری بوده و اختلال در سلامت عمومی افراد باعث بسیاری از مشکلات اجتماعی، ارتباطی و اختلالات عاطفی از جمله افسردگی می‌گردد. فرهنگ روانپزشکی کمپبل، سلامت روانی را، وضعیت کسی می‌داند که کارکرد او در سطح بالایی از سازگاری و انطباق رفتاری است (پور افکاری، ۱۳۸۰). تحقیقات انجام شده نشان داده اند که درمان شناختی- رفتاری بر درمانهایی مثل آموزش آرمیدگی، درمان حمایتی، مشاوره سنتی برتری و اثربخشی بیشتری دارد (به نقل از محمدی، ۱۳۹۱). دستورالعملهای بالینی پیشنهاد می‌کنند که درمان شناختی رفتاری اولین انتخاب درمان در افسردگی نوجوانی است؛ زیرا اثربخشی آن به خوبی اثبات شده است. مداخلات کنونی درمان شناختی رفتاری برای افسردگی کودکان و نوجوانان بر اساس ادغام الگوهای شناختی، رفتاری و محیطی افسردگی قرار دارد. این مداخلات تمایل دارند مولفه های درمانی چند گانه را در تلاش برای افزایش کارایی نتایج برای شرکت کنندگان با هم ترکیب کنند (گیلهم^۱، ۲۰۰۶). بک^۲ معتقد است شناخت های نادرست علت عمده ای برای بیماری های روانی به ویژه افسردگی است. او باور دارد که هیجانها و رفتار افراد در حد زیاد نتیجه نحوه تفکر و نظر آنها درباره‌ی جهان اطرافشان است. آنان خود را مسئول هر موضوع بدی که رخ نموده است می‌دانند، مسائل و مشکلات را اغراق آمیز جلوه می‌دهند، خود را مغلوب فشارها می‌دانند و ناتوان ترین و بازنده ترین فرد تصور می‌کنند. بدین ترتیب کار درمانگر، عبارت است از : کمک به مراجعان در جهت بازسازی تفکر آنان و تبدیل اندیشه های ناسازگار به اندیشه های سازگار برای مقابله با اوضاع و احوال استرس‌زا (شارف، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۴). به طور اختصاصی درمان شناختی- رفتاری روی کاهش نشانه های شناختی، جسمانی و رفتاری اختلال اضطراب فراگیر از طریق کاربرد تکنیک های خاص متمرکز است. این تکنیکها شامل آرام سازی، حساسیت زدایی

¹ - Gillham

² . Back.a.T

منظم، آرام سازی فعال، بازسازی شناختی، کنترل محرک، جلوگیری از پاسخ، حل مسأله، فهرست بندی فعالیت های خوشایند و آموزش مهارت های بین فردی است(به نقل از دهشیری، ۱۳۹۱). مور، هارت و گلدبرگ^۱ در پژوهشی که در سال ۲۰۰۳ ترتیب دادند بطور تجربی اثربخشی درمان برای افسردگی را بر کاهش خستگی زودرس مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که رواندرمانگری موثر بر افسردگی، عملاً با کاهش در شدت نشانه های خستگی زودرس، مرتبط است(به نقل از مختاری و همکاران، ۱۳۸۷). نتایج تحقیق (مجاهد و همکاران، ۱۳۸۸) نشان داد به کارگیری شکل کوتاه مدت درمان شناختی- رفتاری برای بیماران دچار اختلال اضطرابی با موفقیت همراه بوده است. رواندرمانی و به ویژه درمان های شناختی- رفتاری به شدت متاثر از زمینه های فرهنگی، باورها و ارزش های درون فرهنگی بوده و کارایی آن به میزان هماهنگی با زمینه های فرهنگی و اعتقادی افراد تحت درمان بستگی دارد. لیچسنرینگ و لی بینگ^۲(۲۰۰۳) ضمن سبب شناسی و شیوه های ارزیابی و درمانی اختلالات روانی دریافتند که در نیمی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و شخصیتی، مداخلات رفتاری یکی از کارآمدترین شیوه های درمانی به حساب می آید. دپارتمان بهداشت در انگلستان(۲۰۰۰) نیز اظهار کرده است که مداخلات روانشناختی، به خصوص شیوه های شناختی- رفتاری می تواند درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی را سرعت بخشیده و از احتمال بازگشت آن نیز در آینده بکاهد. نتایج پژوهش وکیلی(۱۳۸۸) در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی زنان مبتلا به کمر درد مزمن نشان داد که درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش معناداری در نمره های افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه گردیده است. آقای، جلالی و امین زاده(۱۳۸۸) نیز در پژوهشی درمان شناختی- رفتاری را در کاهش افسردگی اثربخش دانسته اند. کندال^۳ و همکاران (۱۹۹۷) گروهی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و دردهای عضلانی استخوانی را با استفاده از روش های شناختی رفتاری درمان کردند. شناخت نشانه های فیزیولوژیکی اضطراب، اصلاح گفتگوهای اضطراب آور، سازش

^۱ - Moor , Hart & Goldberg

^۲ - Leichsenring & Leibing

^۳ - Kendal

با موقعیت های مختلف و ارزشیابی موفقیت فرد در فرایند سازش با موقعیت ها از مؤلفه های شناختی اضطراب به شمار می آیند. راهبردهای رفتاری نظیر الگوبرداری، حساسیت زدایی، بازی نقش و آموزش تنش زدایی نیز به کار برده شدند. در پایان جلسات درمانی نشانه های اضطراب در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافت. جانسون و داهل^۱ (۱۹۹۸) اثرات یک برنامه کنترل درد با روش شناختی رفتاری را روی گروهی از افراد با دردهای عضلانی استخوانی بررسی کردند. برنامه معالجات بی وقفه شامل جلسات آموزشی، تفهیم هدف، تمدد اعصاب دادن، تمرین مهارت های اجتماعی، روش های کاهش دارو و برنامه برگشت مجدد به کار بود. نتایج حاصل از پیامد گزارش های دو مطالعه نشان می دهد که برنامه های کنترل شناختی رفتاری درد به صورت منظم می تواند به شکل موفقیت آمیز برای دردهای عضلانی استخوانی مورد استفاده قرار گیرد.

در پژوهشی که توسط هاپس و همکاران^۲ (۲۰۰۳) با هدف بررسی اثربخشی رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش احساس تنهایی افراد با معلولیت جسمانی انجام گرفت، نتایج نشان داد که پس از مداخلات رویکرد شناختی- رفتاری افراد کمتر احساس تنهایی می کردند. لو و چان^۳ (۲۰۱۰) از درمان شناختی- رفتاری گروهی برای درمان اضطراب استفاده کردند. نتایج آنها نشان داد که افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، هم از نظر آماری و هم از نظر بالینی بهبود معناداری در میزان اضطراب داشته اند و این نتیجه در سه ماه و شش ماه پس از درمان هم پابرجا بود. در پژوهشی که کاظمیان (۱۳۸۷) با عنوان اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خود درمانجو انجام داد به این نتیجه رسید که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی، سلامت جسمی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی معتادان خوددرمانجو تاثیر مثبت داشت ($P < 0/01$). توماس و همکاران^۴ (۲۰۰۶) در تحقیقی در زمینه اثربخشی انواع مداخلات روانشناختی بر بیماران MS دریافتند درمان افسردگی با رویکرد

1 - Johansson & Dahl

2 - Hopps et al

3 - Lau & Chan

4 - Thomas & et al

شناختی- رفتاری بسیار مفید واقع شده است و به این بیماران در سازگاری با بیماریشان کمک کرده است. روسبلوم^۱ (۱۹۹۲) در پژوهشی ضمن سبب شناسی و شیوه های ارزیابی و درمان اختلالات روانی دریافت که در نیمی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و شخصیتی، مداخلات رفتاری یکی از کارآمدترین شیوه های درمانی به حساب می آید. مداخلات روانشناختی به خصوص شیوه های شناختی- رفتاری در درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی را سرعت بخشیده و از احتمال بازگشت آن نیز در آینده می کاهد. حال با توجه به ادبیات و پیشینه های مطرح شده، در پژوهش حاضر قصد بر این است که آیا آموزش رویکرد شناختی رفتاری به شیوه گروهی سلامت عمومی دانش آموزان دختر را به صورت معناداری افزایش می دهد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود.

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش عبارت بود از کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه که در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در شهر مرنند به تحصیل مشغول بودند. نمونه آماری پژوهش تعداد ۳۰ نفر از این دانش آموزان را تشکیل می دادند که تعداد ۱۵ نفر از آنها برای گروه آزمایش و نیز تعداد ۱۵ نفر دیگر برای گروه کنترل به روش نمونه گیری غیرتصادفی ساده انتخاب شدند.

ابزار

ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر پرسشنامه بود و برای این منظور از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۷۹) استفاده شد. خرده مقیاسهای پرسشنامه عبارتند از: مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال

^۱ - Rothblum

^۲ - Goldberg and Hiller

خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و مقیاس علائم افسردگی. پایایی ابزار اندازه گیری از طریق آلفای کرونباخ تعیین شد (۰/۸۷).

روش اجرا

برای پژوهش حاضر در ابتدا و قبل از اجرای آن، ساختار درمان شناختی - رفتاری گروهی تهیه گردید، به دنبال آن تعداد اعضای گروه مورد مطالعه و گروه کنترل انتخاب و بعد از آن با اجرای پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای هر دو گروه پیش آزمون به اجرا درآمد.

بعد از تشکیل گروه آزمایش، طی جلسه اول قوانین و مقررات گروه توضیح داده شد و برگه قرارداد درمانی به امضای آنها رسید. در طی جلسات درمان گروهی، مرور و بررسی تکالیف خانگی، رفع اشکالات، آموزش خطاهای شناختی (یک یا دو خطا در هر جلسه) به همراه تمرین در مورد پیدا کردن خطاهای شناختی، آموزش و تمرین نحوه زیر سوال بردن افکار منفی و نوشتن پاسخ های منطقی در جدول، تمرین در مورد ثبت افکار اضطراب آمیز و افسرده ساز در جدول مربوطه، ایفای نقش در گروه، تکالیف مربوط به ابراز وجود و مهارت های برقراری ارتباط بین اعضا و در بیرون از جلسات آموزشی، حساسیت زدایی منظم آموزش و تمرین آرامش عضلات (تن آرامی)، ارائه تکالیف و اختتام جلسه، طبق برنامه درمانی از قبل تنظیم شده به اجرا درآمد. جلسات درمانی هفته ای یک جلسه (هر جلسه یک و نیم ساعت) و به مدت ۱۰ جلسه در روزهای مشخصی به طول انجامید. پس از پایان جلسات آموزشی گروه درمانی برای گروه آزمایش، بعد از یک هفته از هر دو گروه (آزمایش و گواه) پس آزمون گرفته شد.

یافته ها

در تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، از محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و در بخش آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است.

یافته ها (توصیف متغیر سلامت روان و ابعاد آن)

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار نمره های سلامت روان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
سلامت روان کل	پیش	آزمایش	۲۰	۵۴	۷۹	۶۶/۸	۶/۵۳۴
	آزمون	کنترل	۲۰	۴۰	۸۰	۵۸/۷۵	۱۱/۹۹
علائم جسمانی	پس	آزمایش	۲۰	۴۳	۶۰	۵۰/۲۵	۸/۰۲
	آزمون	کنترل	۲۰	۴۲	۸۳	۵۷/۸	۱۲/۴۰۳
علائم اضطرابی	پیش	آزمایش	۲۰	۱۲	۲۱	۱۵/۲۰	۲/۵۰۴
	آزمون	کنترل	۲۰	۹	۲۴	۱۵/۱۵	۵/۱۳
کارکرد اجتماعی	پس	آزمایش	۲۰	۹	۱۶	۱۰/۸۵	۱/۷۵۵
	آزمون	کنترل	۲۰	۹	۲۴	۱۳/۹۵	۴/۹۳
علائم افسردگی	پیش	آزمایش	۲۰	۱۳	۲۴	۱۷/۶۵	۳/۳۲
	آزمون	کنترل	۲۰	۱۰	۱۹	۱۳/۳۵	۲/۴۵
	پس	آزمایش	۲۰	۱۳	۲۲	۱۶/۸۵	۲/۷
	آزمون	کنترل	۲۰	۱۰	۲۰	۱۳/۸۰	۲/۵۲
	پیش	آزمایش	۲۰	۱۳	۲۲	۱۷/۶۵	۲/۷۷
	آزمون	کنترل	۲۰	۱۱	۲۰	۱۵/۳۰	۲/۶۱
	پس	آزمایش	۲۰	۹	۱۷	۱۲/۹۰	۲/۰۴
	آزمون	کنترل	۲۰	۱۱	۲۵	۱۵/۱۰	۳/۸۳
	پیش	آزمایش	۲۰	۱۰	۲۶	۱۶/۳۰	۴/۷۴
	آزمون	کنترل	۲۰	۸	۲۱	۱۴/۹۵	۴/۱۷
	پس	آزمایش	۲۰	۷	۱۷	۹/۶۵	۲/۷۳
	آزمون	کنترل	۲۰	۸	۲۱	۱۴/۹۵	۴/۲۴

توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت روان آزمودنی های مورد مطالعه در جدول فوق نشان می دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمره سلامت روان در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۶۶/۸ و ۶/۵۳ بوده است و در مرحله پس آزمون میانگین نمره سلامت روان گروه آزمایش به ۵۰/۲۵ با انحراف استاندارد ۸/۰۲ کاهش یافته است. همچنین توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت روان آزمودنی های مورد مطالعه در گروه کنترل نشان می دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمره سلامت در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با

۵۸/۷۵ و ۱۱/۹۹ بوده است و در مرحله پس آزمون میانگین نمره سلامت روان گروه کنترل به ۵۷/۸ با انحراف استاندارد ۱۲/۴۰۳ کاهش یافته است.

پیش فرض های تحلیل کوواریانس

پیش فرض اول: طبیعی یا بهنجار بودن توزیع نمرات

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای سلامت روان و ابعاد آن در گروه آزمایش (پیش آزمون - پس آزمون) و کنترل (پیش آزمون - پس آزمون) از آزمون کولموگروف - اسمیرنف تک نمونه ای^۱ استفاده شد، چون سطح معنی داری به دست آمده از ۰/۰۵ بزرگتر است، لذا توزیع متغیرهای وابسته نرمال است و لذا پیش فرض نرمال بودن نمرات تأیید می شود.

جدول (۲): خروجی آزمون کولموگروف - اسمیرنف متغیرهای اصلی تحقیق

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
سلامت روان کل	پیش آزمون	آزمایش	۶۶/۸	۶/۵۳۴	۰/۹۷۳
	کنترل		۵۸/۷۵	۱۱/۹۹	۰/۶۴۹
	پس آزمون	آزمایش	۵۰/۲۵	۸/۰۲	۰/۴۱۲
	کنترل		۵۷/۸	۱۲/۴۰۳	۰/۸۲۹
علائم جسمانی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۲۰	۲/۵۰۴	۰/۳۴۰
	کنترل		۱۵/۱۵	۵/۱۳	۰/۵۳۴
	پس آزمون	آزمایش	۱۰/۸۵	۱/۷۵۵	۰/۲۱۶
	کنترل		۱۳/۹۵	۴/۹۳	۰/۱۵۳
علائم اضطرابی	پیش آزمون	آزمایش	۱۷/۶۵	۳/۳۲	۰/۴۶۶
	کنترل		۱۳/۳۵	۲/۴۵	۰/۱۴۳
	پس آزمون	آزمایش	۱۶/۸۵	۲/۷	۰/۶۴۸
	کنترل		۱۳/۸۰	۲/۵۲	۰/۵۷۸
کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۱۷/۶۵	۲/۷۷	۰/۸۵۲
	کنترل		۱۵/۳۰	۲/۶۱	۰/۶۸۴

¹ . One- Sample Kolmogorov Smirnov

۰/۹۳۸	۲/۰۴	۱۲/۹۰	آزمایش	پس آزمون	
۰/۱۴۰	۳/۸۳	۱۵/۱۰	کنترل		
۰/۹۴۴	۴/۷۴	۱۶/۳۰	آزمایش	پیش آزمون	علائم افسردگی
۰/۸۴۸	۴/۱۷	۱۴/۹۵	کنترل		
۰/۱۸۵	۲/۷۳	۹/۶۵	آزمایش	پس آزمون	
۰/۸۷۳	۴/۲۴	۱۴/۹۵	کنترل		

پیش فرض دوم: همگنی واریانس‌ها

یکی دیگر از پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس، همگونی واریانس‌ها است. می‌توان با استفاده از آزمون لون (Leven) فرض برابری یا همگونی واریانس را بررسی نمود.

جدول (۳): نتایج آزمون لون جهت برابری واریانس‌ها

متغیرها	آماره لون	سطح معنی داری
سلامت روان کل	۰/۱۴۷	۰/۷۰۳
علائم جسمانی	۱/۸۷۷	۱/۸۷۷
علائم اضطرابی	۰/۶۸۲	۰/۴۱۴
کارکرد اجتماعی	۳/۵۸۸	۰/۰۵۷
علائم افسردگی	۰/۰۶۴	۰/۸۰۲

همان‌گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود از آنجا که سطح معنی داری آزمون لون (F) بزرگتر از ۰,۰۵ است، بنابراین فرض برابری واریانس نمرات کل سلامت روان و ابعاد آن در دو گروه کنترل و آزمایش در مراحل پس آزمون پذیرفته شده و تفاوتی بین آنها مشاهده نشده است.

فرضیه اصلی

آموزش مشاوره گروهی به روش شناختی- رفتاری موجب ارتقاء سلامت عمومی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می‌شود.

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده نمرات مشاوره گروهی به روش شناختی - رفتاری بر سلامت عمومی دانش آموزان در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اتا
مدل تصحیح شده	۲۴۷۸/۸۵۲	۲	۱۲۳۹/۴۱۱	۳۰/۶۹۲	۰/۰۰۰	۰/۶۲۴
عرض از مبدا	۵۵/۹۷۲	۱	۵۵/۹۷۲	۱/۳۸۶	۰/۲۴۷	۰/۰۳۶
پیش آزمون	۱۹۰۸/۷۹۶	۱	۱۹۰۸/۷۹۶	۴۷/۲۶۸	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱
گروه	۱۵۳۰/۷۹۸	۱	۱۵۳۰/۷۹۸	۳۷/۹۰۷	۰/۰۰۰	۰/۵۰۶
خطا	۱۴۹۴/۱۵۴	۳۷	۴۰/۳۸۳		-	
کل	۱۲۰۷۲۱	۴۰				
کل تصحیح شده	۳۹۷۲/۹۷۵	۳۹				

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۳۷/۹۰۷) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت مشاوره گروهی به روش شناختی - رفتاری موجب ارتقاء سلامت عمومی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۰۶ می باشد.

فرضیه فرعی اول: مشاوره گروهی به روش شناختی - رفتاری موجب کاهش علائم جسمانی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می شود.

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده نمرات مشاوره گروهی به روش شناختی - رفتاری بر بعد علایم جسمانی سلامت عمومی دانش آموزان در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اتا
مدل تصحیح شده	۴۸۴/۷۳۰	۲	۲۴۲/۳۶۵	۴۷/۳۸۶	۰/۰۰۰	۰/۷۱۹
عرض از مبدا	۵/۰۶۷	۱	۵/۰۶۷	۰/۹۹۱	۰/۳۲۶	۰/۰۲۶
پیش آزمون	۳۴۴/۱۰۵	۱	۳۴۴/۱۰۵	۶۷/۲۷۷	۰/۰۰۰	۰/۶۴۵
گروه	۱۴۳/۴۲۷	۱	۱۴۳/۴۲۷	۲۸/۰۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۳۱

-	۲۸/۰۴۲	۳۷	۱۸۹/۲۴۵	خطا
-		۴۰	۷۱۵۱	کل
-		۳۹	۶۷۳/۹۷۵	کل تصحیح شده

در جدول بالا نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۲۸/۰۴۲) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت مشاوره گروهی به روش شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم جسمانی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۳۱ می باشد.

فرضیه فرعی دوم: مشاوره گروهی به روش شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم اضطرابی و اختلال خواب دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می شود.

جدول (۶): نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده نمرات مشاوره گروهی به روش شناختی- رفتاری بر بعد علائم اضطرابی سلامت روان دانش آموزان در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اتا
مدل تصحیح شده	۲۲۱/۵۷۰	۲	۱۱۰/۷۸۵	۱۵/۱۸۰	۰/۰۰۰	۰/۴۵۱
عرض از مبدا	۲۸/۴۸۴	۱	۲۸/۴۸۴	۳/۹۰۳	۰/۰۵۶	۰/۰۹۵
پیش آزمون	۹۹/۰۷۰	۱	۹۹/۰۷۰	۱۳/۵۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶۸
گروه	۲۰۹/۰۳۶	۱	۲۰۹/۰۳۶	۲۸/۶۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۳۶
خطا	۲۷۰/۰۳۰	۳۷	۷/۲۹۸		-	
کل	۶۶۴۲	۴۰			-	
کل تصحیح شده	۴۹۱/۶	۳۹			-	

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۲۸/۶۴۲) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹

درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت مشاوره گروهی به روش شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم اضطرابی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۳۶ می باشد.

فرضیه فرعی سوم: مشاوره گروهی به روش شناختی- رفتاری موجب افزایش کارکرد اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می شود.

جدول (۷): نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات مشاوره گروهی به روش شناختی - رفتاری بر بعد کارکرد اجتماعی سلامت روان دانش آموزان در گروه آزمایش و کنترل

اتا	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییر
۰/۲۱۴	۰/۰۱۲	۵/۰۳۳	۴۳/۶۲۹	۲	۸۷/۲۵۷	مدل تصحیح شده
۰/۱۶۰	۰/۰۱۲	۷/۰۲۶	۶۰/۹۰۷	۱	۶۰/۹۰۷	عرض از مبدا
۰/۱۰۸	۰/۰۴۱	۴/۴۸۲	۳۸/۸۵۷	۱	۳۸/۸۵۷	پیش آزمون
۰/۱۹۸	۰/۰۰۵	۹/۱۲۶	۷۹/۱۱۲	۱	۷۹/۱۱۲	گروه
	-		۸/۶۶۹	۳۷	۳۲۰/۷۴۳	خطا
	-			۴۰	۸۲۴۸	کل
	-			۳۹	۴۰۸	کل تصحیح شده

در جدول بالا نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۹/۱۲۶) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت مشاوره گروهی به روش شناختی- رفتاری موجب افزایش کارکرد اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۱۹۸ می باشد.

فرضیه فرعی چهارم: مشاوره گروهی به روش شناختی- رفتاری موجب کاهش علایم افسردگی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می شود.

جدول (۸): نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده نمرات مشاوره گروهی به روش شناختی - رفتاری بر بعد افسردگی سلامت روان دانش آموزان در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اتا
مدل تصحیح شده	۲۴۷۸/۸۲۱	۲	۱۲۳۹/۴۱۱	۳۰/۶۹۲	۰/۰۰۰	۰/۶۲۴
عرض از مبدا	۵۵/۹۷۲	۱	۵۵/۹۷۲	۱/۳۸۶	۰/۲۴۷	۰/۰۳۶
پیش آزمون	۱۹۰۸/۷۹۶	۱	۱۹۰۸/۷۹۶	۴۷/۲۶۸	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱
گروه	۱۵۳۰/۷۹۸	۱	۱۵۳۰/۷۹۸	۳۷/۹۰۷	۰/۰۰۰	۰/۵۰۶
خطا	۱۴۹۴/۱۵	۳۷	۴۰/۳۸۳	-	-	-

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۳۷/۹۰۷) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت مشاوره گروهی به روش شناختی - رفتاری موجب کاهش علائم افسردگی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۰۶ می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از تحلیل داده ها نشان داد که؛ مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری سلامت عمومی دانش آموزان دختر را افزایش می دهد. چنانچه در فصل چهارم نشان داده شد این فرضیه تایید شد. نتایج به دست آمده در این خصوص با نتایج تحقیقات کاظمیان (۱۳۸۷) و کندال و همکاران (۱۹۹۷) همسویی دارد. در مطالعات فوق که برنامه های درمانی شناختی - رفتاری به شکل گروهی به اجرا گذاشته شده است. اثر بخشی این نوع برنامه ها را در افزایش سلامت روان نشان می دهد. در سالهای اخیر مشاهده شده است که رویکرد شناختی - رفتاری قابلیت کاربردی گسترده ای برای درمان اختلالات روانی مختلف دارد (هولمز و همکاران^۱، ۲۰۰۲). این رویکرد به عنوان یکی از کارآمدترین شیوه های

^۱ - Holmes

درمانی برای درمان اختلالات روانی و شخصیتی به شمار می رود (باورز^۱، ۲۰۰۱). در تبیین فرضیه حاضر می توان گفت با توجه به اینکه سلامت عمومی، وضعیت سلامت فرد از نظر جسمانی و روانی می باشد، در پژوهش حاضر تلاش شد تا با آموزش تکنیک های مختلف رفتاری و شناختی سلامت عمومی مورد هدف قرار گیرد. در بیماری مزمن جسمی، استرس زها و شیوه های پردازش آنها ممکن است از طریق تاثیر بر فرایند های روانی - عصبی - ایمنی شناختی بر تسریع پیشرفت بیماری و کاهش سلامتی دخالت داشته باشند. حال مداخله شناختی رفتاری می تواند از طریق افزایش حس کنترل، خود بسندگی، عزت نفس، مقابله سازگارانه و حمایت اجتماعی بر این فرایند ها موثر باشد. به نظر می رسد که این تغییرات حالات خلقی منفی و انزوای اجتماعی را کاهش می دهد و کیفیت زندگی و سلامت عمومی را ارتقاء می بخشد که این نیز ممکن است منجر به بهبود عملکرد سیستم ایمنی شود. یافته دیگر این بود که؛ مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری علائم جسمانی دانش آموزان دختر را کاهش می دهد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با پژوهش های انجام شده در خارج از ایران همسویی قابل ملاحظه ای دارد. جی و همکاران، (۱۹۸۷ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱)، که از شیوه های گروه درمانی شناختی، آموزش آرمیدگی و شناخت درمانی همراه با آرمیدگی بر روی دردهای مزمن جسمانی در بیماران انجام دادند مشخص شد که علائم و نشانه های درد و سایر نشانه های بدنی اضطرابی بطور معناداری در بیماران کاهش یافته است این در حالی بود که تغییری در علائم و نشانه های بدنی اضطراب در گروه کنترل مشاهده نشد. همسویی یافته های مربوط به این فرضیه با پژوهش های انجام شده توسط لیبمن و همکاران (۱۹۷۴)؛ کندال و همکاران (۱۹۹۷)؛ جانسون و داهل (۱۹۹۸)؛ اوایرت، کشل و سوول (۲۰۰۳) و هاپس و همکاران (۲۰۰۳) به تایید می رسد. در این تحقیقات درمان شناختی - رفتاری چه به صورت فردی یا گروهی در درمان اختلالات اضطرابی و کاهش نشانه های جسمی و بدنی برتر و یا حداقل مساوی سایر درمانها بوده است. به کارگیری فنون شناختی رفتاری چه در جلسات انفرادی و چه

¹ - Bowers

در جلسات خانوادگی در درمان اختلالات روان تنی بسیار رایج است. به طوری که جی^۱ و همکاران (۱۹۸۷؛ به نقل از واکر و روبرتس^۲، ۲۰۰۱) روش های خانواده درمانی شناختی رفتاری، استفاده از دارو و فن کنترل توجه را در تسکین درد ناشی از مغز استخوان مقایسه کردند. نتایج نشان داد که به کارگیری فنون شناختی رفتاری در جلسات خانوادگی مؤثرترین شیوه برای کنترل این دردها بود. هم چنین مشاهده شده است که خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی رفتاری در درمان کودکانی که مبتلا به اختلالات روان تنی هستند تأثیر زیادی دارد. نکته قابل توجه در پژوهشها این است که درمانهای موثر بر افسردگی بر برخی شکایت های جسمانی بیماران مخصوصاً خستگی زودرس اثربخش بوده اند. برای نمونه مور، هارت و گلدبرگ در پژوهشی که در سال ۲۰۰۳ ترتیب دادند بطور تجربی اثربخشی درمان برای افسردگی را بر کاهش خستگی زودرس مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که رواندرمانگری موثر بر افسردگی، عملاً با کاهش در شدت نشانه های خستگی زودرس، مرتبط است (به نقل از مختاری و همکاران، ۱۳۸۷). چندین تبیین احتمالی برای اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی در کاهش علائم و دردهای جسمانی بیماران وجود دارد: ۱- تجربه درد به تنهایی عامل اصلی ایجاد علائم چند وجهی در بیماران نیست بلکه عوامل روانشناختی، اجتماعی و بخصوص نظام باورهای بیمار، شناخت های ناکارآمد و نگرش های غیرمنطقی او در مورد درد و مهار آن بیش از عوامل فیزیولوژیکی، جسمی با بروز علائم و پیامدهای درد و تداوم آن در این دسته از بیماران مرتبط است. ۲- تفکرات ناکارآمد، تفسیر غیرانطباقی از درد، تحریف های شناختی راجع به درد نظیر فاجعه سازی درد، تعمیم افراطی و ترس از انجام فعالیت ها و اجتناب های شناختی رفتاری مرتبط با شرایطی که احتمال درد می رود، استفاده از راهبردهای مقابله ای منفی و احساس عدم کنترل بر درد عواملی هستند که بیش از تجربه صرف درد منجر به احساس درماندگی و علائم چند وجهی درد بیماران می شود که همه این موارد آماج درمان شناختی رفتاری هستند. ۳- کاهش توانایی در انجام وظایف و نقش های اجتماعی به دلیل استمرار درد

¹ - Jay

² - Walker & Roberts

همراه با احساس عدم کنترل بر درد منجر به پیدایش علائم چند وجهی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن می گردد. از آنجایی که هدف درمان شناختی - رفتاری گروهی کمک به بیماران برای اکتساب مهارت‌های مقابله ای کارآمد و دستیابی به برداشت منطقی از درد و نیز درک درستی از توانایی شان در کنترل درد است نقش سودمندی در درمان پیامدهای منفی و علائم چند وجهی درد خواهد داشت. همچنین به کمک درمان های شناختی رفتاری بسیاری از تحریف های شناختی مرتبط با تجربه درد نظیر فاجعه سازی درد، عدم کفایت در کنترل درد، پیشگویی های منفی و خود کامروابخش می توانند هدف درمان قرار گرفته و اصلاح یا تعدیل شده و به طور آرمانی به کلی تغییر یابند. براساس یافته های مربوط به فرضیه سوم مشخص شد که مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری علائم ذهنی اضطراب دانش آموزان دختر را کاهش می دهد. هر چند در پژوهش های انجام شده در داخل و خارج از کشور علائم ذهنی اضطراب از اضطراب کلی تفکیک نشده لیکن در متن گزارش ها در اثر بخشی شیوه های درمانی استفاده شده جهت کاهش علائم اضطراب ، بر کاهش علائم ذهنی اشاراتی شده است . به ویژه این که اضطراب به عنوان یک اختلال ، بیشتر از بعد ذهنی و روانشناختی مورد بررسی قرار می گیرد. نتایج بدست آمده از این فرضیه با یافته های تحقیقات مجاهد و همکاران(۱۳۸۸)؛ لیچسنرینگ و لی بینگ(۲۰۰۳)؛ لو و چان(۲۰۱۰)؛ روسلوم(۱۹۹۲) همسویی دارد. اعتمادی، (۱۳۷۴)، در بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان (شاخص اضطراب ذهنی) گزارش می کند که علائم ذهنی اضطراب دانش آموزان شرکت کننده در گروه آزمایش بطور معنادار کمتر از دانش آموزان گروه کنترل بوده و بهبود یافته است. براساس یافته های مربوط به فرضیه چهارم مشخص شد که مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری عملکرد اجتماعی دانش آموزان دختر را افزایش می دهد. نتایج بدست آمده از این فرضیه با نتایج تحقیقات کاظمیان(۱۳۸۷)؛ کندال و همکاران(۱۹۹۷) و جانسون و داهل(۱۹۹۸) همسویی دارد. تورک و فلار^۱ (۱۹۹۹) درمان شناختی - رفتاری گروهی یا انفرادی متناسب شده برای بیماران دچار درد مزمن را واجد شش مرحله می دانند: (۱)

¹ -Turk & Flor

سنجش، ۲) مفهوم سازی مجدد، ۳) اکتساب مهارت‌ها، ۴) استحکام مهارت‌ها و آموزش استفاده و کاربرد مهارت‌ها، ۵) تعمیم و نگهداری مهارت‌ها و ۶) پیگیری سنجش پس از درمان. در توجیه فرضیه فوق می توان گفت درمان شناختی رفتاری از طریق آموزش فنونی چون مهارت‌های حل مساله، مهارت‌های برقراری ارتباط موثر، جرات ورزی، مهارت‌های مقابله ای کارآمد، مثبت نگری بازسازی شناختی به افراد کمک کرده است تا نه تنها با مشکلات موجود به شیوه ای کارآمد و مناسبی مقابله کنند، بلکه از مواجهه با هر نوع مشکل احتمالی دیگری پیشگیری کنند، بخصوص اینکه در مداخلات شناختی- رفتاری تاکید زیادی بر اصلاح شیوه های ارتباطی منفی، الگوهای نابارور و تفکر غیرمنطقی و انتظارات غیر واقع گرایانه می شود. و در نهایت در پژوهش حاضر مشخص شد که؛ مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری علائم افسردگی دانش آموزان دختر را کاهش می دهد. نتایج بدست آمده از آزمون این فرضیه در فصل چهارم نشان میدهد آموزش های شناختی- رفتاری به شیوه گروهی علائم افسردگی را در دانش آموزان دختر کاهش داده است. نتیجه بدست آمده با نتایج تحقیقات توماس و همکاران (۲۰۰۶)؛ لیچسترینگ و لی بینگ (۲۰۰۳)؛ و روسبلوم (۱۹۹۲) و همچنین نتایج تحقیقات وکیلی (۱۳۸۸)؛ و آقای، جلالی و امین زاده (۱۳۸۸) همسویی دارد.

در توجیه اثربخشی معنادار درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی چندین احتمال قابل توجه است: اول اینکه این درمان با به چالش کشیدن افکار خود آیند منفی و شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی فرد، این فرصت را فراهم می آورد تا فرد مبتلا از قید بایدها و نبایدها و افکار آرمانی گرایانه رها شود، بیمار بودن خود را بپذیرد و به طرزی منطقی با آن مواجه گردد.

علاوه بر این، با تغییر در شناخت های فردو اصلاح روان بنه های غیر منطقی او، مثلث سه گانه نگرش نسبت به «خود»، نسبت به «محیط» و نسبت به «آینده»، دیدگاه جدید و انعطاف پذیرتری را می یابد. وجود راهبردهای رفتاری نیز گامی در جهت فعال سازی بیمار است و او را یار می کند تا از فرو رفتن در نقش «بیمار» بیرون بیاید، زندگی را از سر بگیرد و در حد توان به فعالیت های روزمره مشغول گردد. دوم اینکه درمان شناختی- رفتاری با

اطلاعات و آگاهی هایی که به فرد می دهد او را علیرغم ناتوانی هایش به تلاش برای افزایش خلق تشویق می کند. به عبارت روشن تر بیمار درگیر بودن در علائم و نشانه های افسردگی را حتی در شرایط ناتوان جسمانی برای خود جایز نمی شمارد و برای کاهش علائم فعال می شود.

▪ منابع فارسی

اعتمادی، مهناز، (۱۳۷۴)، بررسی نقش مشاوره گروهی در کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان مقطع راهنمایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، (چاپ نشده)، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

آقایی، اصغر؛ جلالی، داریوش؛ امین‌زاده، مجتبی (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری، فلوکستین و هایپیران در کاهش شدت علائم افسردگی زنان. تحقیقات علوم رفتاری. ۷ (۲)، ۱۴۱-۱۳۱.

پور افکاری، نصرت‌اله، (۱۳۸۰)، فرهنگ جامع روانشناسی - روانپزشکی، تهران: فرهنگ معاصر

دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مجله روانشناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۲ (پیاپی ۱۴).

شارف، ریچارد اس؛ ترجمه فیروزبخت، مهرداد (۱۳۸۴)، نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره، تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.

کاظمیان، سمیه (۱۳۸۷). اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خود درمانجو، مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال چهارم، شماره ۱ (پیاپی ۶)

مجاهد، عزیزالله؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۸)، مقایسه تاثیر درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان، مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۱ (۴)، صص ۲۸۲-۹۱.

مختاری، ستاره؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس). مجله روانشناسی، سال دوازدهم. شماره ۲.

وکیلی، نجمه (۱۳۸۸). اثربخشی درمان گروهی شناختی مدیریت درد بر افسردگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن، مجله روانشناسی بالینی، ۱ (۴)، ۱۹-۱۱.

REFERENCE

- Bowers, W .A.(2001). Cognitive Behavior Therapy for DSM-IV Personality disorders: highly effective interventions for the most common personality disorders. *American Journal of Personality*, 158(5), 833-835.
- Department of Health. (2000). The National Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform. *London: Department of Health*.
- Gillham, J,E., Reivich, K,J., Freres,D.R., (2006). School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: Apilot of a parent intervention component. *School Psychology Quarterly*, 21,3,323- 348.
- Holmes, J., Neighbor, R., Tarrier, N., Hmshlwood, R. D., & Bolsover, N. (2002). All you need is cognitive behavior therapy? *British Medical Journal*, 3249, 288-295.
- Hopps, S. L., Pepin, M., & Boisvert, J. (2003). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 136-147.
- Johnson, H., & Dahl, Jo, A. (1998). Effect of a cognitive- behavioral pain management program. *Behavior Research and therapy*. 36, (1), 915-930.
- Kendal, P. C., Panichelli- Mindel, S. M., Sugarman, A., & Callahan, S. A. (1997). Exposure to child anxiety: theory, research, and parcticeDepartment of
- Gillham, J,E., Reivich, K,J., Freres,D.R., (2006). School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: Apilot of a parent intervention component. *School Psychology Quarterly*, 21,3,323- 348.
- Holmes, J., Neighbor, R., Tarrier, N., Hmshlwood, R. D., & Bolsover, N. (2002). All you need is cognitive behavior therapy? *British Medical Journal*, 3249, 288-295.
- Hopps, S. L., Pepin, M., & Boisvert, J. (2003). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 136-147.
- Johnson, H., & Dahl, Jo, A. (1998). Effect of a cognitive- behavioral pain management program. *Behavior Research and therapy*. 36, (1), 915-930.

- Lau, W., & Chan, C. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 11, 1067.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- Liebman, D., Minuchin, S., & Baker, L. (1974). The use of structural family therapy in treatment of intractable asthma. *American Journal of Psychiatry*, 131 (5), 241-253.
- Ovaert, L. B., Cashel, M. L., & Sewell, K. W. (2003). Structured group therapy for posttraumatic stress disorders in incarcerated male juveniles. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 151-162
- Rothblum FM. (1992). Depression among lesbians. An invisible and unresearched phenomenon. *J Gay Lesbian psychotherapy*, 1: 67-8.
- Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. (2006). Psychological Interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. (1): CD004431.
- Turk DC, Flor H. The cognitive-behavioral approach to pain management. In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Wall and Melzack's textbook of pain. 5th ed. London: *Elsevier Churchill Livingstone*. 2006; P: 48-62.
- Walker, C. E., & Roberts, M. C. (2001). *Handbook of clinical child psychology (third Edition)*. New York: John Wiley & Sons, INC.

The Effectiveness of CBT based Group Counseling on General Health of Female High School Students

Jafar Mahmoudi¹, Yahya Araghi², Sharifi Ali Akbar³

Abstract

The present study aimed to investigate the effect of Cognitive-Behavioral Therapy on pre-school children's anxiety. The research method was semi-experimental with pre-test and post-test design with control group. The statistical population of the study was all students with anxiety disorders in Abhar, Zanjan. The statistical sample consisted of 30 subjects (anxiety disorder) who were selected by cluster-sampling method and randomly were embedded in two experimental and two control groups. Preschool Anxiety Scale (PSA) and Conner's Form were used for pre-test and post-test. At first, a pretest was performed on subjects in all four groups, and then the subjects received 12 sessions of 1 hour weekly two sessions of remedial education. After the intervention, the subjects in each of the four groups were evaluated by post-test. For analyzing the data, covariance analysis was used. The results showed a significant difference between the mean of post-test scores of the experiment and control groups (anxiety disorder) ($P < 0.05$ and $F = 50.33$). In other words, cognitive-behavioral therapy reduces children's anxiety.

Keywords: Cognitive-Behavior Therapy, Anxiety, Preschool Children

1- Ph.D. Candidate in Counseling, Mohaghegh Ardabili University , Ardabil, Iran.

2- Ph.D. in Counseling, Marand Branch, Islamic Azad University, Marand, Iran

3- Ph.D. Candidate in Psychology, Marand Branch, Islamic Azad University, Marand, Iran.