

# اثربخشی مشاوره‌ی گروهی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری در سلامت عمومی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول

جعفر محمودی<sup>۱</sup>، یحیی عراقی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۰۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۹

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی رفتاری در سلامت عمومی دانش آموزان دختر انجام شد. مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر مرند تشکیل می‌دادند و از بین آنها تعداد ۳۰ نفر (گروه آزمایش و کنترل هرکدام ۱۵ نفر) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد آموزش رویکرد شناختی- رفتاری به شیوه گروهی کارکرد اجتماعی دانش آموزان را افزایش و علائم افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی آنها را کاهش می‌دهد ( $P \leq 0/05$ ). نتیجه‌گیری می‌شود درمان شناختی- رفتاری با توجه به نزدیکی فرهنگی با جامعه ایرانی می‌تواند در راستای افزایش سلامت عمومی دانش آموزان به خوبی قابل استفاده و اثربخش باشد.

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

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول)،  
j.mahmoodi1980@gmail.com

۲. دکتری مشاوره، مدرس مدعو دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرند، مرند، ایران.

## مقدمه

بیماری‌های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی در مقابل آن، مصونیت ندارد. نهضت بهداشت روانی در نیم قرن اخیر، خرافات و افکار غلط در مورد بیماری‌های روانی را کنار گذاشته و نشان داده است که اگر این بیماری‌ها را زود تشخیص داده و درمان کنیم، به همان نسبت از مزمن شدن و عوارض آن کاسته خواهد شد (حمید و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث در دنیای پیچیده‌ی انسان، مفهوم سلامتی است. هدف اساسی دانشمندان در حیطه‌های روان شناسی و پزشکی، به حداکثر رساندن احساس سلامت افراد است. متخصصان، تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده اند؛ هر چند همه‌ی آنها در پذیرش مسوولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم (بلایر و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰) مشترکند. سلامت روان، مجموعه‌ای از ویژگی‌هایی است که در برابر حوادث فشارزای زندگی به عنوان سپری محافظ عمل کرده و کمک می‌کند که افراد، در این موقعیت‌ها کارکرد بهتری داشته باشند. همچنین، حالتی از توانمندی و بهزیستی است که به فرد توانایی لازم برای مقابله با تنش‌های روزمره‌ی زندگی را می‌دهد (کلمنسکی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). سلامت روان، با بهبود ارتباطات بین فردی و عملکرد بهتر فرد در جنبه‌های مختلف زندگی همراه است (ویور و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). مطالعاتی که در سال‌های اخیر از طرف متخصصان سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه انجام گرفته، از افزایش دامنه‌ی شیوع افسردگی، اضطراب و نشانه‌های بدنی در میان ملل در حال رشد حکایت می‌کند (دیویس و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه، از عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی و اضطراب رنج می‌برند (سازمان بهداشت جهان، به نقل از احقر، ۱۳۸۸). شواهد و مدارک مربوط به مطالعات همه گیر شناختی، حاکی از وجود یک دسته از متغیرهاست که با افسردگی، اضطراب و نارسانش وری اجتماعی، ارتباط دارند (مایهر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). لیچسنرینگ و لی بینگ<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) ضمن سبب شناسی و شیوه‌های ارزیابی و درمانی اختلالات روانی دریافتند که در نیمی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و شخصیتی، مداخلات شناختی- رفتاری یکی از کارآمدترین شیوه‌های درمانی به حساب می‌آید. در سال‌های اخیر، مشاهده شده است که رویکرد رفتاری- شناختی، قابلیت کاربردی گسترده‌ای برای درمان اختلالات روانی مختلف دارد (هولمز و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). این رویکرد به عنوان یکی از کارآمدترین شیوه‌های درمانی برای درمان اختلالات روانی و شخصیتی به شمار می‌رود (باورز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱). الگوی شناختی- رفتاری، رویکردی است فعال، جهت بخش، کوتاه مدت و سازمان یافته. طبق این رویکرد، عاطفه و رفتار فرد، معمولاً بر حسب ساخت‌های جهان از نظر او تعیین می‌شود (بک<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). درمان شناختی- رفتاری

1. Blair & et al
2. Klemanski & et al
3. Weaver & et al
4. Davies & et al
5. Myhr
6. Leichsenring & Leibing
7. Holmes & et al
8. Bowers
9. Beck

نوعی از روان درمانی می‌باشد که آمیزه‌ای از فنون شناخت درمانی و رفتاردرمانی است. رویکرد شناختی-رفتاری بر این فرض مبتنی است که افکار و باورهای غلط زمینه ساز احساسات، عواطف و رفتارهای مشکل ساز هستند. در درمان تکنیک‌ها و روش‌های تغییر این افکار مورد توجه قرار می‌گیرند. تأکید عمده در تمامی فنون آنها، بر تغییر شناخت‌های سازش نایافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به جای آنهاست. به طور کلی درمان شناختی-رفتاری، ساختاریافته، مبتنی بر همکاری و از لحاظ زمانی محدود بوده و ضمن تمرکز بر زمان حال بر نقش باورها و شناخت‌های غلط به منظور دستیابی به افکار و رفتار سازگارانه تأکید دارد (امینی خواه، ۱۳۸۷). درمان شناختی رفتاری اصلی ترین رویکرد روانشناختی مبتنی بر شواهد برای درمان اختلالات خلقی است که بیشترین میزان شواهد را در مورد کارایی آن موجود است. اثر بالینی این درمان بسیار شناخته شده است (دومینگو- رودرگوز و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). با توجه به اینکه اختلالات اضطرابی معمولاً مزمن هستند، بنابراین اثرات پایدار درمان مهم است. از این رو نتایج یک متاآنالیز نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری به طور متوسط تا ۱۲ ماه پس از اتمام درمان با کاهش علائم متوسط در اختلالات اضطرابی و وسواس فکری-عملی همراه است. در پیگیری ۱۲ ماه یا بیشتر، هم چنان این اثرات برای اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از حادثه وجود داشت (وان دیس و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). همچنین نتایج پژوهش لشگری و همکاران (۱۴۰۰) نیز بیانگر این بود که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل عدم تحمل بلا تکلیفی بر نگرانی و اضطراب کرونای زنان از نظر بالینی و به لحاظ آماری مؤثر بوده است. در این راستا، پژوهش‌ها تاثیر درمان شناختی-رفتاری را بر کاهش تجارب رنج آور، افزایش رضایت از رابطه بین فردی و احساسات خود ارزشمندی اجتماعی، کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود خلق و خو و خواب و فرسودگی و ناکارآمدی اجتماعی بیماران مورد تایید قرار دادند (چیلکات، نورتون وهانتر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). از این رو با توجه به شیوع بالای اختلالات خلقی (به ویژه اضطراب و افسردگی) در بین دانش آموزان و اثرات منفی آن بر وضعیت تحصیلی آنها، نیاز به مداخله جهت کاهش عوامل مذکور ضرورتی انکارناپذیر دارد. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر رویکرد شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی دانش آموزان دختر بود.

## روش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول شهر مرنرد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود و از بین آنها تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه کنترل) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل دانش آموز دختر مقطع اول متوسطه بودن، داشتن رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش،

1. Dominguez-Rodriguez & et al  
2. Van Dis & et al  
3. Chilcot, Norton, Hunter

مصرف نکردن داروهای مرتبط با اختلالات روانی، کسب نمره ۲۳ و بالاتر در پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش هم عبارت بود از: داشتن دو جلسه غیبت در کلاس‌های آموزشی به صورت متوالی یا سه جلسه نامتوالی، دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات درمانی بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که محقق پس از هماهنگی‌های لازم با واحد مشاوره ناحیه ۳ تبریز دانش آموزانی که به واحد مشاوره مراجعه کرده بودند و شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از هر دو گروه پیش آزمون بعمل آمد، گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۲ ساعته آموزش‌های رویکرد شناختی- رفتاری را دریافت کردند، در نهایت از هر دو گروه پس آزمون دریافت و داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار spss-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و نتایج ثبت شد.

### جدول ۱. محتوای جلسات درمانی شناختی- رفتاری

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش آزمون	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش آزمون	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان
دوم	خودآگاهی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمانجویان از شرکت در طرح پژوهشی، توانمندسازی اعضاء در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، ارزش‌ها و هویت خود	شناسایی و یادداشت ویژگی‌های مثبت و منفی، نیازها، خواسته‌ها و ارزشها
سوم	شناسایی و تغییر تحریف‌های شناختی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره مشکلات درمانجویان در مسیر خودآگاهی و بررسی نیازها و خواسته‌ها، آشنایی اعضا با رابطه بین فکر، احساس و رفتار و آشنایی با افکار خودآیند، تحریفات شناختی و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی	یادداشت روزانه رویدادها، افکار و احساسات متعاقب آنها و شناسایی تحریف‌های شناختی
چهارم	آشنایی با مفهوم اسناد	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تحریف‌های شناختی شناسایی شده و تأثیر آنها در افکار، احساسات و رفتار درمانجویان، آشنایی با مفهوم اسناد و بررسی علل سوءبرداشت‌ها و آموزش شیوه تغییر اسنادها	شناسایی اسنادها در مورد وقایع تلخ زندگی و سعی در تغییر اسنادهای نادرست
پنجم	آشنایی با مهارت حل مساله	بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر تغییر اسنادها در احساسات، افکار و رفتار درمانجویان، آموزش مهارت حل مسأله شامل تعریف مشکل، ارائه راه حل‌های جایگزین، ارزیابی راه حلها، انتخاب و اجرای راه حل انتخابی و ارزیابی راه حل انتخابی اجرا شده	بررسی یکی از مشکلاتی که درمانجو با آن مواجه است و اجرای مهارت حل مسأله در مورد آن

## فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری / ۴۱

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
ششم	آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و مذاکره	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر بکارگیری مهارت حل مسأله در زندگی شخصی و اجتماعی، تعریف ارتباط و عناصر آن، آشنایی اعضا با مهارت ارتباط موثر و ویژگی‌های آن و آموزش شیوه‌های موثر مذاکره و رفع اختلاف	تمرین ارتباط موثر در طول هفته و بررسی پیامدهای آن
هفتم	آشنایی با رفتار جرات مندانه	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر بکارگیری شیوه‌های ارتباط موثر در زندگی شخصی و اجتماعی، آشنایی درمانجویان با رفتار جرات مندانه و انجام فعالیت‌های عملی و ایفای نقش در جهت آموزش این مهارت	تمرین مهارت رفتار جرات مندانه در طول هفته و بررسی پیامدهای آن
هشتم	بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آنها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر بکارگیری رفتار جرات مندانه در زندگی شخصی و اجتماعی درمانجویان، بررسی تغییرات سازنده‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته سازی موفقیت‌های درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده	یادداشت نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر، روش آموزشی و طرح پژوهشی
نهم	جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس آزمون و اتمام جلسات درمانی	

### ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> (GHQ) گلدبرگ<sup>۲</sup>: این پرسشنامه را اولین بار در سال ۱۹۷۲ منتشر کرد و هدف آن تمایز قائل شدن بین افراد سالم و افراد بیمار است. این پرسشنامه ۲۸ سؤال و ۴ خرده‌آزمون (علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی و علائم افسردگی) دارد که هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها ۷ سؤال دارند. مقیاس نمره‌دهی در این پرسشنامه با طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. کم بودن نمره در این مقیاس نشان‌دهنده سلامت و بالا بودن نمره نشانگر عدم سلامت است. نمرات ۱۴ تا ۲۱ در هر زیرمقیاس وخامت وضع آزمودنی را در آن عامل نشان می‌دهد. نمره کل ۲۳ و بیشتر نشانگر نداشتن سلامت عمومی و نمره کمتر از ۲۳ بیانگر سلامت روانی است (کاظمیان، ۱۳۸۷). احقر (۱۳۸۸) در پژوهش خود پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی، نارساکنش وری اجتماعی و نشانه بدنی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۷۹ و برای کل مقیاس ۰/۸۳ گزارش کرده است.

1. General Health Questionnaire  
2. Goldberg

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر در ارتباط با ویژگی‌های جمعیت شناختی تعداد ۳۰ نفر از دانش آموزان (۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه کنترل) شرکت داشتند. میانگین سنی دانش آموزان گروه آزمایش ۱۵/۶۷ با انحراف معیار ۳/۳۹ و میانگین سنی دانش آموزان گروه کنترل ۱۵/۴۳ با انحراف معیار ۳/۴۱ بود. در گروه آزمایش ۷ نفر از دانش آموزان در پایه هفتم، ۳ نفر در پایه هشتم و ۵ نفر در پایه نهم مشغول به تحصیل بودند و در گروه کنترل تعداد ۶ نفر از دانش آموزان در پایه هفتم، ۵ نفر در پایه هشتم و ۴ نفر در پایه نهم مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های سلامت روان (و ابعاد آن) 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
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۴۳	۶۰	۵۰/۲۵	۸/۰۲
علائم جسمانی	پیش	آزمایش	۲۰	۱۲	۲۱	۱۵/۲۰	۲/۵۰۴
	آزمون	کنترل	۲۰	۹	۲۴	۱۵/۱۵	۵/۱۳
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۹	۱۶	۱۰/۸۵	۱/۷۵۵
علائم اضطرابی	پیش	آزمایش	۲۰	۹	۲۴	۱۳/۹۵	۴/۹۳
	آزمون	کنترل	۲۰	۱۳	۲۴	۱۷/۶۵	۳/۳۲
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۱۰	۱۹	۱۳/۳۵	۲/۴۵
کارکرد اجتماعی	پیش	آزمایش	۲۰	۱۰	۲۲	۱۶/۸۵	۲/۷
	آزمون	کنترل	۲۰	۱۰	۲۰	۱۳/۸۰	۲/۵۲
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۱۳	۲۲	۱۷/۶۵	۲/۷۷
علائم افسردگی	پیش	آزمایش	۲۰	۱۱	۲۰	۱۵/۳۰	۲/۶۱
	آزمون	کنترل	۲۰	۹	۱۷	۱۲/۹۰	۲/۰۴
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۱۱	۲۵	۱۵/۱۰	۳/۸۳
علائم افسردگی	پیش	آزمایش	۲۰	۱۰	۲۶	۱۶/۳۰	۴/۷۴
	آزمون	کنترل	۲۰	۸	۲۱	۱۴/۹۵	۴/۱۷
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۷	۱۷	۹/۶۵	۲/۷۳
		کنترل	۲۰	۸	۲۱	۱۴/۹۵	۴/۲۴

توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت روان آزمودنی‌های مورد مطالعه در جدول ۱ نشان می‌دهد 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 آزمودنی‌های مورد مطالعه در گروه کنترل نشان می‌دهد 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.

در ارتباط باپیش فرض‌های تحلیل کوواریانس مقادیر به دست آمده از آزمون کولموگروف اسمیرنف متغیرهای اصلی تحقیق، همگنی شیب رگرسیون و آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون M باکس برای بررسی فرض یکسانی ماتریس کواریانس همگی بالاتر از ۰/۰۵ بودند و لذا پیش فرض‌های استفاده از آزمون کوواریانس هم برای متغیرها رعایت شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های 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 ۳ 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 گروه‌ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی دار است. در نتیجه می‌توان گفت مشاوره گروهی به روش شناختی - رفتاری موجب ارتقاء سلامت عمومی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه می‌شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۰۶ می‌باشد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر مرند انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که رویکرد شناختی- رفتاری تاثیر معناداری در بهبود سلامت عمومی دانش آموزان دارد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش رویکرد شناختی- رفتاری منجر به افزایش سلامت عمومی دانش آموزان دختر شده است. در این راستا، قمری کیوی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که کار شناختی- رفتاری در بهبود سلامت روان تأثیرگذار است. همچنین، نتایج پژوهش خالدیان و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی موثر است. کهرازی و همکاران (۱۳۹۴)؛ داودوندی، ۱۳۹۳؛ و عاصی زواره و همکاران، ۱۳۹۵؛ به نقل از یحیی زاده پیرسرایی و همکاران، (۱۳۹۶) نیز در پژوهش‌های خود نشان دادند که کارگروهی شناختی رفتاری بر کاهش علائم جسمانی موثر است. کنی بون<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، اته<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)، در پژوهش‌های خود نشان دادند که روش شناختی رفتاری بر کاهش علائم اضطرابی موثر بوده است یحیی زاده پیرسرایی و همکاران (۱۳۹۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که کارگروهی شناختی- رفتاری بر افزایش کارکرد اجتماعی موثر است. در توجیه تاثیر آموزش رویکرد شناختی- رفتاری بر بهبود مهارت‌های ارتباطی می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری از طریق آموزش فنونی چون مهارت‌های حل مساله، مهارت‌های برقراری ارتباط موثر، جرات ورزی، مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، مثبت نگری بازسازی شناختی به افراد کمک کرده است تا نه تنها با مشکلات موجود به شیوه‌ای 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 شیوه‌های ارتباطی منفی، الگوهای نابارور و تفکر غیرمنطقی و انتظارات غیر واقع گرایانه می‌شود (فرهنگیان و همکاران، ۱۴۰۰). در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری برافزایش سلامت روان دانش آموزان می‌توان گفت که در گروه درمانی شناختی- رفتاری، درک فرد از خود، حس کفایت و مهارت‌های حل مسئله، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود که پیامد این مهارت‌ها، بهبود سلامت روان فرد است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵). از سوی دیگر، درمان شناختی- رفتاری از طریق بهبود سبک‌های مقابله‌ای، توانایی فرد را در سازگاری با موقعیت‌های استرس زا افزایش داده و در نتیجه یادگیری راهبردهای مقابل‌های مؤثر و کارآمد اضطراب افراد را کاهش می‌دهد. همچنین می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری از طریق ایجاد تغییر در نگرش، باورها، افزایش اعتماد به نفس و ایجاد تفکر منطقی منجر به کاهش افسردگی می‌شود. نکته قابل توجه در پژوهش‌ها این است که درمان‌های موثر بر افسردگی بر برخی شکایت‌های جسمانی بیماران مخصوصاً خستگی زودرس اثربخش بوده اند. برای نمونه مور و همکاران (به نقل از هبرت و داگاس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹) و مختاری و همکاران (۱۳۸۷)

1. Kneebone

2. Otte

3. Hebert & Dugas



در پژوهشی که 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 نشانه‌های خستگی زودرس، مرتبط است. لازم به ذکر است که این پژوهش از محدودیت‌هایی برخوردار بود که عبارتند از: شرکت کردن فقط دانش‌آموزان دختر در جلسات مداخله؛ که می‌بایست ضمن در نظر داشتن تفاوت‌های فرهنگی، تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. همچنین عدم کنترل متغیرهایی همچون وضعیت خانوادگی و تحصیلی که ممکن است در گروه کنترل اثرگذار باشد و نداشتن گروه پلاسیبو از دیگر محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌گردد. با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که اجرای مداخلات روانشناختی از جمله درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به صورت یک مداخله گروهی موثر واقع شود. لذا پیشنهاد می‌شود که از این مداخله در مراحل مختلف انواع اختلالات روانشناختی که زندگی افراد را در طولانی مدت درگیر می‌سازد و مستلزم اتخاذ راهبردهای مدارا با وضعیت نامطلوب است، استفاده شود. بنابراین، لازم است درمانگران بیش از پیش توجه خود را به این مهم مبذول داشته باشند و از نتایج سودمند درمان شناختی- رفتاری در جهت اصلاح باورهای غیرمنطقی و افزایش سلامت روان دانش‌آموزان بهره ببرند.

## منابع

- احقر، قدسی. (۱۳۸۸). اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان دختر، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴ (۱۴)، ۷-۱۶.
- امینی خواه معصومه (۱۳۸۷). بررسی و مقایسه اثربخشی روایت درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر تصویر تن و عزت نفس زنان مبتلا به سرطان سینه، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- حمید، نجمه؛ رمضان ساعتچی، لیلی؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۲). تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر شدت درد و سلامت روانی بیماران زن مبتلا به کمردرد مزمن مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی شهر تهران. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۳ (۱۰)، ۴۶-۵۸.
- خالدیان، محمد؛ کمرزین، حمید؛ جلالیان، عسگر. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸ (۲۹)، ۷۸-۹۰.
- فرهنگیان، سیمین؛ میهن دوست، زینب؛ احمدی، وحید. (۱۴۰۰). تأثیر مقایسه‌های درمان شناختی- رفتاری و مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی، کاهش پرخاشگری و استرس شغلی پرستاران، مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، ۳۰ (۱)، ۵۲-۶۲.
- قمری کیوی، حسین؛ مقصود، نادر؛ سواری، حسن؛ اسماعیلی، معصومه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱۱ (۴)، ۱-۱۷.
- لشگری مهدی، آهی قاسم، شهابی زاده فاطمه، منصوری احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی بر نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا (گزارش موردی). مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۹ (۳)، ۴۲۷-۴۳۸.
- محمدی، محمد؛ شیخ‌هادی سیرویی، رحمان؛ گرافر، امیر؛ زهرا کار، کیانوش؛ شاکرمی، مجید؛ داورنیا، رضا. (۱۳۹۵). اثر زوج‌درمانی شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین. مجله ارمغان دانش، ۲۲ (۱۱): ۱۰۸۶-۱۰۶۹.
- 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، ۱۲ (۲)، ۱۶-۲۹.
- کاظمیان، سمیه. (۱۳۸۷). اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خود درمانجو، مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۴ (۱) (پیاپی ۶)، ۳۱-۴۶.
- یحیی زاده پیرسرایبی، حسین؛ شکری، کیوان؛ رشیدی، فرزانه (۱۳۹۶). تاثیر مداخلات مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان زنان مطلقه، فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۶ (۳): ۱۴-۲۱.

- Beck, A. T. (2002). The assessment of personality disorders: implications cognitive and behavior therapy. *Behavior Research and therapy*, 34, 655 – 656.
- Blair, S., & et al. (2000). Mental health in the Northern Ireland civil service: Studies on prevalence and determinants of mental ill health. *Dissertation Abstract International*, 61 (104), 1019.
- Chilcot J, Norton S, Hunter MS. (2014). Cognitive behaviour therapy for menopausal symptoms following breast cancer treatment: Who benefits and how does it work?. *Maturitas*, 78(1):56- 61.
- Davies SJ, Jackson PR, Potokar J, Nutt DJ. (2004). Treatment of anxiety and depressive disorders in patients with cardiovascular disease. *BMJ*. 328(7445): 939-43.
- Dominguez-Rodriguez A, Chavez-Valdez SM, Avitia GC, Valencia-Espinoza LC. (2020). Unified protocol for anxiety disorders in two cities of Mexico measuring gamma activity: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary clinical trials communications*.18:100556.
- Hebert EA, Dugas MJ. (2019). Behavioral Experiments for Intolerance of Uncertainty: Challenging the Unknown in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*.26(2):421-36.
- Holmes, J., Neighbor, R., Tarrier N., Hmshelwood, R. D., & Bolsover, N. (2002). All you need is cognitive behavior therapy? *British Medical Journal*, 3249, 288-295.
- Klemanski HD, Curtiss J, MCLAughlin KA, Nolen – Hoeksema S. (2017). Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognit Ther Res*.41(2):b206-19.
- Kneebone II. (2016). A framework to support cognitive behavior therapy for emotional disorder after stroke. *Cognitive and Behavioral Practice*.23(1):99-109.
- 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.
- Myhr, G. (2004). Reasoning with psychosis patients: why should a general psychiatrist care about cognitive-behavioral therapy for schizophrenia? England: *Bulletin archives*.
- Otte C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.13(4):413.
- Van Dis EAM, van Veen SC, Hagensmaars MA, Batelaan NM, Bockting CLH, van den Heuvel RM, et al. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*.77(3):265-73.
- Weaver JB, Mays D, Weaver SS, Hopkins GL, Eroglu D., Bernhardt J.M. (2010). Health information-seeking behaviors, health indicators, and health risks. *Am J Public Health* 100(8). 1520-25.

## The effectiveness of cognitive-behavioral group counseling on general health of female high school students in the first secondary level

Jafar Mahmoodi,<sup>1</sup> Yahya Araghi<sup>2</sup>

### Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of cognitive-behavioral group counseling on increasing the general health of female students. The current study is a semi-experimental type in which a pre-test and post-test design was used with an experimental group and a control group. The statistical population of the research was made up of all female high school students in the first secondary level of Marand city, and among them, 30 people (15 people each in the experimental and control groups) were selected by purposive sampling and randomly replaced in the experimental and control groups. In this research, the 28-question general health questionnaire of Goldberg and Hiller (1979) was used to collect information. Data analysis using multivariate covariance analysis method showed: teaching cognitive-behavioral approach in a group manner increases students' social functioning and significantly reduces their symptoms of depression, anxiety and physical symptoms ( $P \leq 0.05$ ). It is concluded that cognitive-behavioral therapy can be well used and effective in order to increase the general health of students due to the cultural closeness with the Iranian society.

**Keywords:** cognitive-behavioral approach, public health, female students.

---

1. Ph.D Candidate of Counseling, Department of Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. (corresponding author), Email: j.mahmoodi1980@gmail.com

2. PhD in Counseling, Visiting Lecturer of Islamic Azad University, Marand Branch, Marand, Iran.