

# اثربخشی شناخت درمانی در ارتقاء سطح سلامت روان پرستاران شاغل در

## مراکز توانبخشی کودکان استثنایی

نجمه پندیدن\*، علی اصغر کاکو جویباری\*\*

دریافت مقاله:

۹۱/۱۲/۲۵

پذیرش:

۹۲/۳/۶

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی شناخت درمانی در ارتقاء سطح سلامت روان پرستاران شاغل در مراکز توانبخشی کودکان استثنایی انجام شد.

**روش:** طرح نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری، پرستاران مرکز توانبخشی امام علی (ع) بودند. از ۳۰ پرستار که بعد از انجام پرسشنامه سلامت عمومی از کمترین سطح سلامت روان برخوردار بودند را به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش و کنترل قرار دادند. جلسات شناخت درمانی با هدف افزایش سلامت روان و ابعاد چهارگانه آن برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه اجرا شد، گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. داده‌ها با تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نمرات سلامت روان و ابعاد چهارگانه آن در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به کنترل به طور معناداری افزایش یافت.

**نتیجه‌گیری:** شناخت درمانی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در افزایش سلامت روان در پرستاران مورد پژوهش را دارا بود.

**کلیدواژه‌ها:** شناخت درمانی، سلامت روان، پرستار، مراکز توانبخشی کودکان استثنایی

\* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی (نویسنده مسئول) Naji\_pand@yahoo.com

\*\* دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور

- این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی مؤلف می‌باشد.

## مقدمه

مفهوم بهداشت روانی<sup>۱</sup> در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت است و به کلیه روش‌ها و تدابیری اطلاق می‌گردد که برای جلوگیری از ابتلاء به بیماری‌های روانی به کار می‌رود (میلانی‌فر، ۱۳۸۲).

در این زمان انسان از نظر شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی و مسائل بهداشتی و پزشکی بیش از هر زمان دیگر دستخوش دگرگونی شده است. تلاش شتاب‌زده برای صنعتی شدن و گسترش سریع شهرنشینی و زندگی ماشینی که لازمه آن قبول شیوه‌های نوین برای زندگی است، اثر معکوس بر زندگی انسان گذاشته و مسائل بهداشتی جدیدی را به بار آورده است. اوضاع اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی نابسامان جهان و مشکلات اجتماعی و محیطی و روانی، واکنش‌های بیمارگونه بسیاری در افراد و جوامع به وجود آورده که خود سبب وخیم شدن اوضاع و نامساعد شدن شرایط محیط زیست شده است (میلانی‌فر، ۱۳۸۲). بدون شک سلامت افراد جامعه اهمیت بسزایی دارد. جوامع انسانی بدون حفظ سلامت و رعایت بهداشت، نمی‌توانند بقا و استمرار خود را حفظ کنند؛ بیماری و ناتوانی روابط انسانی را مختل و در نتیجه احساس امنیت و همبستگی را در انسان سلب می‌کند (شاملو، ۱۳۸۲). بنابراین در مورد همه افراد اعم از کارگر، دانشجو، پزشک، مهندس، پرستار و غیره خطر ابتلا به ناراحتی‌های روانی وجود دارد. به عبارت دیگر، هیچ فردی در برابر این اختلالات مصونیت ندارد. عدم توجه به فشارهای شغلی و فرسودگی شغلی حاصل از آن، منجر به کاهش کیفیت و کمیت عملکرد افراد

می‌گردد. البته دانستن اینکه هر شخصی ممکن است گرفتار ناراحتی‌های روانی شود، خود به خود کافی نیست؛ زیرا بهداشت روانی تنها منحصر به تشریح علل اختلالات رفتار نیست بلکه هدف اصلی آن پیشگیری از وقوع ناراحتی‌هاست. (شاملو، ۱۳۸۲).

مشکلات در سلامت جسمانی یا عاطفی بر دیگر ابعاد کیفیت زندگی شامل تصور فرد از سلامت عمومی، انرژی و خستگی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی و محدودیت نقش‌های معمول، تأثیر می‌گذارند (آقا یوسفی و شاهنده، ۱۳۹۱).

یکی از مشاغلی که در آن بار روانی زیادی به فرد وارد می‌شود، شغل پرستاری<sup>۲</sup> است (لی‌وانگ، ۲۰۰۲). نقش پرستار در مراقبت‌های بهداشتی، نقشی اساسی است و در بین اعضاء تیم بهداشتی سهم عمده‌ای از وظایف به عهده پرستار است (بیورهاس، دونلان، اولریچ، نورمن، ویلیامز و دیتوس، ۲۰۱۰).

در حرفه پرستاری عوامل استرس‌زای متعددی وجود دارد. براساس گزارش انجمن بین‌المللی پرستاری، ۶۰ تا ۹۰ درصد مشکلات بهداشتی بر اثر تنش به وجود می‌آید که در این بین حرفه پرستاری جزء مشاغلی با تنش شغلی بالا به حساب می‌آید. از طرفی استرس در محیط کار، هم برای فرد و هم برای سازمان موجب خسارت و زیان‌های فراوان می‌شود و سلامت شاغلین به عنوان مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کار، در اثر استرس و فشار در معرض خطر قرار می‌گیرد (روبرتز، گل‌دینگ، توول و وینرب، ۲۰۰۹). در نتیجه با توجه به اهمیت کار پرستاران، سلامت جسمی و روانی پرستاران به شکل مستقیم با کیفیت عملکرد آنها در مراقبت از بیماران در ارتباط

می‌باشد.

پژوهش‌های انجام شده در انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای آمریکا<sup>۱</sup> نشان می‌دهد که پرستاران نسبت به سایر افراد تیم درمانی با تنش بیشتری مواجه هستند. براساس تحقیقات این انجمن، پرستاران از اولین قربانیان فرسودگی شغلی محسوب می‌شوند. شانتا و اسپلاند (۲۰۰۱)، از اعضای این انجمن این مسئله را ناشی از مواجهه هر روزه پرستاران با شرایط فشارآور و فقدان شرایط مثبت در محیط کار می‌دانند.

در این بین پرستاران شاغل در بخش‌هایی خاص بیشتر از سایرین در معرض به خطر افتادن سلامت روان می‌باشند. یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی که کار کردن در آن به همراه فشار و استرس زیادی برای کادر درمانی و به خصوص پرستاران که ارتباط تنگاتنگ با بیماران دارند است، بخش نگهداری و توانبخشی<sup>۲</sup> کودکان استثنایی<sup>۳</sup> می‌باشد. پرستاران چارچوب و بدنه اصلی و از اعضای کلیدی و مهم در تیم توانبخشی کودکان استثنایی هستند که در جریان مداخلات مراقبتی و درمانی، در راستای بهره‌گیری از انواع مهارت‌ها، تکنیک‌ها و اصول مشاوره، کودک استثنایی را به منظور سازگاری با شرایط موجود و کسب توانایی‌هایش مورد حمایت قرار می‌دهند و چه بسا بسیاری از آنان همگام با دست و پنجه نرم کردن با مشکلات و چالش‌های کودکان استثنایی، یافته‌ها و تجارب بسیاری کسب نموده‌اند (گنجی، ۱۳۸۰). یک بعد از این تجارب به ابعاد و پیامدهای جسمی و

روانی کار در این واحدها مربوط می‌شود (وریس، رامراتان، اسمورنبرگ، گوما و بوئرمیستر، ۲۰۰۸).

پرستاران بخش‌های نگهداری و توانبخشی کودکان استثنایی همواره در فضای حساس و گسترده حرفه خود، با انتظارات و رفتارهای نامعقول خانواده این کودکان، برنامه‌ریزی‌های نادرست، پیچیدگی‌ها و چالش‌های حرفه‌ای ویژه‌ای دست و پنجه نرم می‌کنند (ماسکاریتولو، ۲۰۰۹). لازم به ذکر است که مجموعه عواملی چون حجم بالای کار، شرایط سخت کاری، تغییرات تکنولوژی و توسعه انواع درمان‌های غیر دارویی در بخش‌های توانبخشی کودکان استثنایی، کمبود حمایت مدیران و عدم انطباق بین تعداد پرستاران و کودکان تحت مراقبت از علل آسیب‌پذیری پرستاران در این محیط‌های شغلی گزارش شده‌اند (چپمن، استایلس، پری و کمبس، ۲۰۱۰).

از آنجا که تجارب پرستاران از پیامدهای جسمی و روانی کار در واحدهای توانبخشی کودکان استثنایی، انعکاسی از احساسات، تفکرات و نگرش‌های ایشان نسبت به کودک و مراقبت را پیش روی ما قرار می‌دهد، بنابراین کشف احساسات و بینش این گروه از پرستاران، می‌تواند ابزاری مهم جهت ارزیابی و سنجش عکس‌العمل و پاسخ آنان نسبت به موقعیت‌ها و پدیده‌های گوناگون در محیط اطرافشان باشد و به عنوان نکات با ارزشی آنان را در کشف و حل مشکلات خود و کودکان استثنایی یاری نماید.

تا به امروز روش‌های درمانی متعددی برای ارتقاء سطح سلامت روان افراد مورد استفاده قرار گرفته است که یکی از مهم‌ترین آنها، شناخت

1. American Vocational Safety National Organization
2. Rehabilitation
3. Exceptional Children

درمانی<sup>۱</sup> می‌باشد. شناخت‌درمانی، یک روش علمی برای درمان افسردگی<sup>۲</sup> و سایر اختلالات روانی بوده و مبتنی بر نظریه‌ای ساده است که می‌گوید: این افکار و طرز تلقی شما از محیط پیرامون است که روحیه شما را شکل می‌دهد (بک، ۱۹۷۶).

در این نوع درمان به فرد کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد و از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌گردد (سادوک و کاپلان، ۲۰۰۳).

تحقیقات بسیاری اثربخشی شناخت‌درمانی را بر سلامت روان بررسی کرده‌اند. یافته‌های پژوهش‌های دوگاس، رویچاد (۲۰۰۷)، لیچسنرینگ، سالزر، کاجلا، کریچ، لوک، راجر، وینکلبلاخ و لینینگ (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی موجب کاهش معنی‌دار نشانه‌های اضطراب<sup>۳</sup> و افسردگی و در نتیجه ارتقاء سلامت روان می‌شود.

بررسی تیلور (۱۹۷۴) بر استفاده بیشتر از روش‌های شناخت‌درمانی و رفتار درمانی تأکید کرده است. تیلور در برخورد با دانشجویانی که در جدول امتیاز سلامت عمومی نمره پایینی گرفته بودند از شیوه‌های متعددی استفاده کرد. دانشجویانی که با روش رفتار درمانی یا شناخت‌درمانی مورد مشاهده قرار گرفته بودند، سریع بهبود یافتند. در واقع سرعت بهبود آنها بیشتر از دانشجویانی بود که از سایر روش‌های درمانی استفاده می‌کردند.

در پژوهش سلگی (۱۳۸۵) جهت بررسی اثر شناخت‌درمانی در کاهش میزان افسردگی مبتلایان

به ایدز، مقایسه میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش از ۳۲/۸۰ در پایان درمان به ۱۳/۹۵ کاهش یافت ولی در گروه کنترل از ۳۱/۴۵ به ۳۱/۱۵ تغییر یافته بود و تفاوت بین دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار شده بود.

مطالعه دیگری که از سوی شاو (۱۹۷۴) انجام گرفت نشان داد که شناخت‌درمانی در شرایط بالینی از کارایی زیادی برخوردار است. شاو روش‌های شناختی را در مورد بیماران افسرده‌ای به کار گرفت که جملگی تحت درمان با روش‌های متعارف روان‌درمانی قرار گرفته بودند، اما تغییری در آنها به وجود نیامده بود. پنج هفته بعد، جدول تعیین امتیاز افسردگی نشان می‌داد که میزان افسردگی این بیماران به کمترین حد خود رسیده است.

صادقی‌فر (۱۳۸۷) پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی بر افزایش سلامت روان کارمندان زن شهر بندرعباس» را انجام داد. این پژوهش به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی و راه حل محور دی‌شی‌زر بر افزایش سلامت روان کارمندان زن شهر بندرعباس انجام شد. نتایج آماری نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین این دو روش در افزایش سطح سلامت روان گروه‌های آزمایشی مشاهده نگردید. هر چند با توجه به میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تأثیر روش شناخت‌درمانی گروهی بر افزایش سلامت روان افراد گروه بیشتر بوده است.

دلیل انجام این بررسی بر روی پرستاران شاغل در مراکز توانبخشی این بود که طبق بررسی‌های انجام شده بر روی تحقیقات در زمینه شناخت‌درمانی، هیچ مطالعه‌ای که صرفاً برای مقایسه این

1. Cognitive Therapy
2. Depression
3. Anxiety

انتخاب شد. از بین ۱۵۰ پرستار شاغل در این مرکز ۵۰ نفر که با متغیرهای کنترل پژوهش که عبارت‌اند از پرستاران زن بین ۲۵ تا ۴۵ سال با سابقه کار بیش از ۵ سال انتخاب شدند و بر روی آنها پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۳</sup> اجرا گردید. از بین پرستارانی که بالاترین نمره (نمره‌گذاری به صورت معکوس) را در پرسشنامه به دست آوردند (نمره ۱۷ به بالا در هر زیر مقیاس و نمره ۴۱ به بالا در مقیاس کلی)، ۳۰ نفر به صورتی تصادفی ساده انتخاب شده و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند.

## ابزار

### ۱. پرسشنامه سلامت عمومی

پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و بلک ویل در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و به طور گسترده در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار می‌گیرد و شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است. فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که متن سؤالات درباره وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به طور کلی سلامت عمومی او، با تأکید بر مسائل روانشناختی و اجتماعی در زمان حال می‌باشد که بعدها فرم‌های کوتاه‌تری مشتمل بر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده‌ای نیز تهیه شد. فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه از چهار مقیاس تشکیل یافته که هر کدام از آنها دارای هفت سؤال می‌باشند. نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت است که در آن برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید که چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود. نمره کل یک فرد از صفر تا هشتاد و چهار و نمره هر زیرمقیاس از صفر تا بیست و

گروه از پرستاران با دیگر کادر درمانی انجام شده باشد، یافت نشد.

با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی در ارتقاء سطح سلامت روان پرستاران شاغل در مراکز توانبخشی کودکان استثنایی در زمینه‌هایی مانند نشانه‌های جسمانی<sup>۱</sup>، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی<sup>۲</sup> و افسردگی می‌باشد.

## روش

### طرح پژوهش

این پژوهش در گروه پژوهش‌های شبه آزمایشی قرار می‌گیرد. طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) و شامل دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. متغیر مستقل، شناخت درمانی بود که فقط در گروه آزمایش اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت.

### آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش شامل پرستاران شاغل در مراکز توانبخشی کودکان استثنایی شهر تهران در سال ۱۳۹۱ بودند. با توجه به الزامات برگزاری جلسات آموزش شناخت درمانی و همچنین با توجه به گستردگی جغرافیایی این گونه مراکز در شهر تهران، روش نمونه‌گیری به این صورت بود که در ابتدا از بین مراکز توانبخشی شهر تهران و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، مرکز توانبخشی امام علی (ع)

1. Somatic Symptoms
2. Social Withdrawal

1. General Health Questionnaire

یک متغیر خواهد بود، که نمره بیشتر در هر مقیاس نشانگر وضعیت نامطلوب می‌باشد. شیگمی و توشیهاید (۲۰۰۰) با انجام این پرسشنامه بر روی کارمندان ژاپنی، ضریب اعتبار (آلفای کرونباخ) ۰/۹۰ را برای این پرسشنامه گزارش کردند. چیونگ و اسپیرز (۱۹۹۴) ضریب اعتبار این پرسشنامه را در گروه کامبوجی‌های ساکن در نیوزلند به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ تا ۴ هفته با استفاده از فرمول ضریب همبستگی اسپیرمن به میزان ۰/۵۵ برآورد نمودند و ضریب هماهنگی درونی این پرسشنامه را با روش نمره‌گذاری لیکرت به میزان ۰/۸۵ گزارش کردند. هومن (۱۳۷۶) در هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران، میزان هماهنگی درونی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۰ و ۰/۹۱ گزارش نمود و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است، برابر با ۰/۸۵ گزارش کرده است.

## ۲. پرسشنامه خصوصیات جمعیت‌شناختی

برای کسب اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، تحصیلات، سابقه کار و سایر اطلاعات فردی، پرسشنامه خصوصیات جمعیت‌شناختی توسط پژوهشگر ساخته و اجرا گردید.

## روند اجرای پژوهش

پس از انتخاب ۵۰ نفر از پرستاران در مورد همگی آنها پیش آزمون سلامت عمومی انجام گردید و از بین پرستارانی که بالاترین نمره را در پرسشنامه سلامت عمومی به دست آورده بودند ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و با قرعه‌کشی در دو

گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای گرفتند.

پس از انتخاب آزمودنی‌ها ابتدا به آنها درخصوص هدف پژوهش، مدت آن و فواید شرکت در آن توضیحاتی ارائه گردید. سپس به آزمودنی‌ها یادآوری شد که کلیه اطلاعاتی را که در اختیار پژوهشگر قرار می‌دهند به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. پس از این مرحله قرارهای جلسات درمانی با گروه آزمایش تنظیم و از آنها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد تا در تمامی جلسات حضور داشته باشند. برای سهولت در شرکت آزمودنی‌ها در جلسات شناخت درمانی، مقرر گردید این جلسات در سالن همایش‌های مرکز توانبخشی امام علی (ع) برگزار شود. همچنین به گروه گواه توضیح داده شد که پس از پایان کار گروه آزمایش، کار با آنها نیز آغاز خواهد شد. در این مرحله گروه آزمایش هفته‌ای دو جلسه و در مجموع ۱۰ جلسه ۲ ساعته تحت درمان با این روش قرار گرفتند. در ضمن جلسات به صورت گروهی و به شیوه سخنرانی و بحث گروهی و براساس تکالیف در حین جلسه و تکالیف تهیه شده در بسته درمانی برای انجام در بین جلسات انجام شد. محتوی درمان شناخت‌درمانی عبارت بود از:

**جلسه اول)** آشنایی اعضای گروه با یکدیگر،

اهداف جلسه و انتظارات، تبیین هدف گروه و قوانین آن، بحث در مورد ماهیت اختلالات رفتاری.

**جلسه دوم)** شناسایی محرک‌های رفتاری، کاوش افکار و احساسات آزردهنده.

**جلسه سوم)** چگونگی شکل‌گیری سیستم

**جلسه نهم)** تعریف و توضیحی در مورد مؤلفه‌های چهارگانه سلامت روان، راه‌های غلبه بر افسردگی و اضطراب، ارائه آموزش آرام‌سازی و تمرینات تنفسی به عنوان یک برنامه شناختی.

**جلسه دهم)** چگونگی برخورد با واقعیت و راهکارهای پذیرش واقعیت، ارزیابی بازخوردهای اعضا نسبت به جلسات و نتایج حاصله (جمع‌بندی جلسات)، پاسخگویی به سؤالات اعضا.

پس از اتمام این جلسات، آزمودنی‌های هر دو گروه توسط پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آماری استنباطی (تحلیل کوواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه پژوهش بررسی شد.

#### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات کل مربوط به سلامت روان در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک اندازه‌گیری شده است. (جدول ۱)

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	سلامت روان	۱۵	۳۵/۱۳	۱۱/۴۰	۱۹/۶۰	۱۰/۶۶
گواه	سلامت روان	۱۵	۳۴/۹۳	۸/۴۵	۳۴/۹۳	۹/۳۶

باورها و نگرش‌ها، توضیح تأثیر رفتار بر احساسات و افکار.

**جلسه چهارم)** نقش افکار و باورها بر نوع پاسخ‌های هیجانی و احساسات، چگونگی مهار کردن افکار هیجانی با استفاده از تکنیک توقف فکر، طبقه‌بندی احساسات مناسب و نامناسب.

**جلسه پنجم)** تبیین و توضیح در مورد مبانی نظری شناخت درمانی، آشکار کردن افکار، احساسات و تفسیر رویدادها، بحث و ارائه فرم گزارش تکلیف در این شیوه.

**جلسه ششم)** تبیین تعدادی از افکار غیر منطقی و تشریح ارتباط آن با سلامت روان و مؤلفه‌های آن، آموزش درخصوص جانشین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی.

**جلسه هفتم)** تبیین و تشریح بقیه افکار غیرمنطقی مطابق با روش بک و تعیین ارتباط آن با سطح سلامت روان و مؤلفه‌های آن، آموزش در خصوص جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی.

**جلسه هشتم)** بررسی نمونه‌هایی از افکار منفی در مورد مؤلفه‌های سلامت روان، چطور بر اثر ناکامی افسرده نشویم، چگونه غم و یأس را خود دور کنیم.

نتایج آزمون لون مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. همان طور که مشاهده می‌شود، پیش فرضیه لوین در متغیر وابسته و زیرمقیاس‌های آن تأیید می‌گردد.

جدول ۲. نتایج آزمون لون مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها/شاخص	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
سلامت روانی	۱/۰۲	۱	۲۸	۰/۲۴
اضطراب	۱/۷۸	۱	۲۸	۰/۶۷
کارکرد اجتماعی	۰/۹۳	۱	۲۸	۰/۳۴
افسردگی	۲/۲۱	۱	۲۸	۰/۱۴
سلامت جسمی	۰/۳۵	۱	۲۸	۰/۵۵

نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون برای متغیرها، در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن

منبع/شاخص	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مقدار آتا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۵۹۶/۵۴	۳۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
عضویت گروهی	۱	۱۷۳۳/۳۳	۴۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
پیش آزمون	۱	۱۰۱/۸۸	۱۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۵
عضویت گروهی	۱	۴۸/۸۴	۷/۰۲	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۷۰
پیش آزمون	۱	۶۲/۴۷	۸/۷۲	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۷۹
عضویت گروهی	۱	۲۳۳/۵۸	۳۲/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
پیش آزمون	۱	۵۲/۸۹	۷/۴۱	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۸۳
عضویت گروهی	۱	۵۱/۴۸	۷/۲۲	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۷۲
پیش آزمون	۱	۲۲۵/۲۴	۲۲/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
عضویت گروهی	۱	۱۵۷/۸۷	۱۵/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۶

بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر سلامت روان تفاوت به سطح معنی‌داری رسیده است ( $P < ۰/۰۵$ ) و فرضیه اصلی مورد تأیید قرار گرفته است. میزان اثربخشی شناخت درمانی بر سلامت روان ۰/۵۹ است.

همچنین نتایج جدول ۳ نشان داد که F با مقدار ۷/۰۲ بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر سلامت جسمانی تفاوت به سطح معنی‌داری رسیده است

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تفاوت بین میانگین نمرات سلامت روان به طور کلی پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر پیش‌آزمون در گروه آزمایش معنادار است. پس می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی باعث بهبود و ارتقاء سطح سلامت روان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است.

نتایج جدول ۳ نشان داد که F با مقدار ۴۰/۳۹



است. مداخلاتی که سبب ارتقاء سطح سلامت روان پرستاران انجام پذیرد موجبات ارائه خدمات با کیفیت تری را به بیماران فراهم می‌سازد. گروه آزمایش که تحت آموزش شناخت درمانی قرار گرفته بود نسبت به گروه گواه که مداخله‌ای دریافت نکرده بود، بهبود قابل ملاحظه‌ای در سلامت روان و زیرمقیاس آن را تجربه کرد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های راجر، آلیسون، پاملا و دیوید (۲۰۰۸)؛ کلد، پلاک و یاپ (۱۹۹۷)؛ برکوک و روسکیو (۲۰۰۱)؛ کلد، سافرن، واشنگتن و اتوو (۲۰۰۴) همسو می‌باشد. این محققان در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی موجب کاهش معنی‌دار نشانه‌های اضطراب و در نتیجه ارتقاء سلامت روان می‌شود. سین و لیوبومیرسکی (۲۰۰۹) در پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده‌اند که شناخت درمانی در افزایش سلامت روان آزمودنی‌ها اثرگذار است. همچنین میتچل، استانی میرویک و کلین (۲۰۰۹) در بررسی مقایسه‌ای بین شناخت درمانی با روان درمانی مبتنی بر حل مسئله و گروه‌های دریافت کننده پلاسبو، مشخص کردند که شناخت درمانی سلامت روان آزمودنی‌ها را نسبت به دو درمان دیگر بیشتر افزایش می‌دهند.

سال‌ها پیش گروهی از پژوهشگران مرکز شناخت درمانی دانشکده پزشکی پنسیلوانیا و از جمله ایشان، جان راش، آرون بک، ماریا کواکس و استیو هولن، پژوهشی در مقایسه تأثیر شناخت درمانی با یکی از مؤثرترین داروهای ضد افسردگی یعنی توفرانیل<sup>۱</sup> آغاز کردند. افراد یک

( $P < 0/05$ ) و فرضیه فرعی اول مورد تأیید قرار گرفته است که میزان اثربخشی شناخت درمانی بر سلامت جسمانی برابر ۰/۲۰ می‌باشد.

طبق نتایج جدول ۳ که نشان می‌دهد  $F$  با مقدار ۳۲/۶۲ بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر نمرات اضطراب تفاوت به سطح معنی‌داری رسیده است ( $P < 0/05$ ) و فرضیه فرعی دوم مورد تأیید قرار گرفته است. میزان اثربخشی شناخت درمانی بر سطح اضطراب و بی‌خوابی برابر ۰/۵۳ می‌باشد.

همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که  $F$  با مقدار ۷/۲۲ بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر کارکرد اجتماعی تفاوت به سطح معنی‌داری رسیده است ( $P < 0/05$ ) و فرضیه فرعی سوم مورد تأیید قرار گرفته است که میزان اثربخشی شناخت درمانی بر سطح کارکرد اجتماعی برابر ۰/۲۰ می‌باشد.

همین‌طور نتایج جدول ۳ نشان داد که  $F$  با مقدار ۱۵/۵۵ بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر نمرات افسردگی تفاوت به سطح معنی‌داری رسیده است ( $P < 0/05$ ) و فرضیه فرعی چهارم مورد تأیید قرار گرفته است. میزان اثربخشی شناخت درمانی بر سطح افسردگی برابر ۰/۳۵ می‌باشد.

### نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی شناخت درمانی در ارتقاء سطح سلامت روان پرستاران شاغل در مراکز توانبخشی کودکان استثنایی انجام شد. نتایج حاکی از آن بودند که شناخت درمانی باعث افزایش شاخص‌های سلامت روان در ابعاد سلامت جسمانی، افسردگی، اضطراب و بدکارکردی اجتماعی در مرحله پس‌آزمون شده

گروه بدون مصرف دارو در معرض معالجه با روش شناخت درمانی قرار گرفتند و گروه دوم تنها به مصرف قرص‌های توفرانیل مبادرت ورزیدند. هر دو گروه مدت دوازده هفته تحت درمان قرار گرفتند. در نهایت معلوم شد که شناخت درمانی از جمیع جهات به داروهای ضد افسردگی برتری دارد.

در پژوهش ابراهیمی (۱۳۸۵)، تأثیر آموزش شناخت درمانی بر میزان اضطراب دانشجویان پرستاری در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. پژوهشگر نتیجه گرفت هدف کلی پژوهش که تعیین میزان تأثیر آموزش اصول و تکنیک‌های شناخت درمانی و خودیاری آزمودنی‌ها بر میزان اضطراب دانشجویان بود، مؤثر بوده است. همچنین اکثر آزمودنی‌ها اظهار کردند که کلاس‌ها بسیار مفید بوده و آثار مثبتی بر اعتماد به نفس و در نگرش آنها نسبت به مشکلات روان-شناختی داشته است و نیز اعلام کردند که جلسات هیچ‌گونه اثر منفی بر آنها نداشته است.

بررسی که شاو در سال ۱۹۷۵ انجام داد، سه شیوه گروه درمانی را برای درمان دانشجویان افسرده به کار برد. چهار گروه هشت نفری به طور اتفاقی انتخاب شدند. گروه نخست تحت شناخت درمانی، گروه دوم تحت رفتار درمانی، گروه سوم تحت روش‌های درمانی متعارف قرار گرفتند و بالاخره گروه چهارم به عنوان گروه مقایسه، در معرض هیچ برنامه درمانی به خصوصی قرار نگرفت. در نهایت مشخص شد که سه گروه نخست در مقایسه با گروه چهارم، حالشان به میزان زیادی بهتر شده است. با رجوع به جدول شدت

افسردگی، میزان افسردگی گروهی که تحت شناخت درمانی قرار گرفته بود از ۲۹ به ۱۲/۲ و در گروه رفتار درمانی از ۲۶ به ۱۷ رسید.

آخوند مکه‌ای (۱۳۸۲) در پژوهشی، تأثیر شناخت درمانی گروهی به روش بک برای درمان افسردگی نوجوانان دختر پانزده تا هفده ساله شاهین‌شهر اصفهان را مورد بررسی قرار داد. پس از انجام جلسات شناخت درمانی گروهی به روش بک و مقایسه نمرات مشخص شد که بین نمرات پیش‌آزمون و آزمون نهایی گروه آزمایش و همچنین بین نمرات پس‌آزمون گروه کنترلی و آزمایش تفاوت معناداری نشان داده شد، بنابراین فرض تحقیق مورد تأیید قرار گرفت.

در سال ۱۹۸۳ میلر و برمن بررسی کمی شواهد پژوهشی را درباره کارایی درمان‌های شناختی- رفتاری انواع اختلال‌ها منتشر کردند. این بررسی‌ها، بر پایه ۴۸ تحقیق قرار داشتند که نشان می‌دادند این درمان‌ها از بی‌درمانی و درمان دارونما برتر هستند.

در سال ۱۹۸۹ دابسون یک فرا تحلیل در مورد کارایی شناختی بک برای ارتقاء سلامت روان منتشر کرد. او ۲۸ بررسی را مشخص کرد و بعد، درمان شناختی را با سایر نظام‌های روان درمانی مقایسه کرد. درمان‌جویی که تحت درمان شناختی قرار گرفته بود، از ۹۸ درصد افراد درمان نشده گواه، بهتر بود. این نتایج نشان دادند که درمان شناختی در مقایسه با بی‌درمانی، دارو درمانی، رفتار درمانی و سایر روان درمانی‌ها تغییرات مثبت بیشتری را در مراجعان به وجود آورده بود.

در یک بررسی دیگر اثر درمان شناختی را برای

افسردگی بازبینی کردند و همان ۲۸ بررسی دابسون (۱۹۸۹) و ۳۷ بررسی مشابه دیگر را که بین سال-های ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۴ منتشر شده بود، دوباره ارزیابی کردند و تأثیر شناخت درمانی تأیید شد.

در این پژوهش و در راستای مطالعه اثربخشی شناخت درمانی بر ارتقاء سلامت روان از رویکرد جلسات گروهی بهره گرفته شد. گروه درمانی به منظور بیان و سهیم شدن در تجربیات فردی، مطرح می‌گردد. گروه درمانی از طریق ایجاد همدلی، شنیدن، حمایت، بیان احساسات و سهیم شدن در تجربه، دلگرمی و امکان بیان احساسات، تعلق خاطر افراد را به یکدیگر افزایش داده و حتی سبب گسترش این احساس به افراد خارج از گروه می‌شود. گروه امکان ارتباط بین همتایان را افزایش داده و فضایی ایجاد می‌کند که در آن مشکلات افراد نه تنها شنیده و فهمیده می‌شوند، بلکه برای رفع آنها تمام اعضای گروه سهیم شده و مورد حمایت همدیگر قرار می‌گیرند (لاندونی، جیوردانو و گوآدتی، ۲۰۰۰). یکی از فواید شرکت در جلسات گروهی این است که افراد را قادر به بیان احساس و طرح سؤال می‌کند. بیشتر اوقات پرسش و پاسخ با برخی از اطلاعات مهم درباره افراد مرتبط بوده و به آنها کمک می‌کند تا ضمن بیان احساسات چگونگی مقابله با احساسات ناخوشایند را نیز یاد بگیرند. سرانجام اینکه اطلاعات می‌توانند سبب کمتر شدن نگرانی و اضطراب شوند (مظاهری، فانیان و ضرغام، ۲۰۱۱).

از این رو در راستای نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که مداخله شناخت درمانی موجب ارتقاء سطح سلامت روان پرستاران شاغل در

مراکز توانبخشی می‌گردد.

فرضیه فرعی اول - آموزش شناخت درمانی بر کارکرد جسمانی پرستاران شاغل در مراکز توانبخشی کودکان استثنایی- با کاهش علائمی مانند سردردهای مزمن و احساس خستگی مفرط پرستاران مورد آزمایش مورد تأیید قرار گرفت.

فرضیه فرعی دوم نیز که تأثیر شناخت درمانی را بر روی سطح اضطراب و بی خوابی می-سنجید، با کاهش علائمی مثل دلشوره، عصبانیت، هراس و از بین رفتن مشکلات خواب افراد مورد آزمایش مورد تأیید قرار گرفت.

فرضیه فرعی سوم- آموزش شناخت درمانی بر سطح کارکرد اجتماعی پرستاران شاغل در مراکز توانبخشی کودکان استثنایی- با از بین بردن وسواس بیش از حد در انجام امور محوله و ایجاد احساس لذت و مفید بودن در انجام کارها در پرستاران مورد آزمایش مورد تأیید قرار گرفت.

و در آخر فرضیه فرعی چهارم پژوهش حاضر با کاهش علائمی مانند ناامیدی در زندگی، افکار خودکشی و احساس بی ارزشی موجب تأیید تأثیر شناخت درمانی بر کاهش میزان افسردگی پرستاران گروه آزمایش گردید.

لازم به ذکر است که بعد از اتمام کار بر روی گروه آزمایش و انجام پس آزمون از هر ۲ گروه، ۲ جلسه شناخت درمانی به منظور افزایش سطح سلامت روان گروه گواه انجام شد و جزوه‌هایی در ارتباط با شناخت درمانی در اختیار آنها قرار گرفت.

هر پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و میزان درستی در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله

## منابع

آقایوسفی، علیرضا و شاهنده، مریم (۱۳۹۱). «رابطه علی خشم، سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری». فصلنامه روانشناسی سلامت. دوره ۱. شماره ۳. صص ۳۹-۴۹.

شاملو، سعید (۱۳۸۲). *بهداشت روانی*. چاپ پنجم. تهران: انتشارات رشد.

گنجی، حمزه (۱۳۸۰). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات ارسباران.

میلانی‌فر، بهروز (۱۳۸۲). *بهداشت روانی*. چاپ سوم. تهران: انتشارات قومس.

هومن، علی (۱۳۷۶). «استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم». تهران: مؤسسه تحقیقاتی دانشگاه تربیت معلم.

- Andrews, D. R.; Wan, T. T. H. (2009). "The importance of mental health to the experience of job strain: an evidence-guided approach to improve retention". *Journal of Nursing Management*. 17(3): 340-351.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Borcovek, T. D. & RusCio, A. M. (2001). *Psychotherapy for generalized anxiety disorder*. *J Clin psychiatry*. (62): 37-42.
- Buerhaus, P. I.; Donelan. K.; Ulrich, B. T.; Norman, L.; Williams, M. & Dittus, R. (2010). "Hospital RNs' and CNOs' perceptions of the impact of the nursing shortage on the quality of care". *Nursing Economics*. 23(5). 214-221.
- Chapman, R.; Styles, I.; Perry, L.; Combs, S. (2010). "Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital". *Journal of Clinical Nursing*. 19: 479.
- Could, R. A.; Otto, M. W.; Pollack, M. H. &

محدودیت‌های این پژوهش، نداشتن دوره پیگیری است که دلیل آن در دسترس نبودن جامعه آماری به علت تغییر شیفت کاری آنها بود، که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از دوره پیگیری نیز برای ارزیابی تداوم نتایج درمان استفاده گردد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تک‌جنسیتی بودن آزمودنی‌ها بود. لذا پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های با حجم بزرگ‌تر و جنسیت مذکر استفاده شود.

## سپاسگزاری

از کلیه پرسنل مرکز توانبخشی کودکان استثنایی امام علی (ع) شهر تهران و به خصوص از پرستارانی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌گردد.

- Yap, L. (1997). "Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis". *Behav Ther*. (28). 285-305.
- Could, R. A.; Safren, S. A.; Washington, D. O.; Otto, M. W. *A meta-analytic review of cognitive behavioral treatment*. In: R.G.
- De Vries, E. N.; Ramrattan, M. A.; Smorenburg, S. M.; Gouma, D. J. & Boormeester, M. A. (2008). "The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review". *Quality and Safety in Health Care*. 17: 216-223.
- Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for*
- Espeland, K. & Shanta, L. (2001). "Empowering versus enabling in academia". *Journal of Nursing Education*. 40: 342.
- generalized anxiety disorder*. From science to practice. New York: Routledge.