



# The Efficacy of Cognitive-Behavioral Education on Spiritual Health and Resilience of Housewives Buin and Miyandasht

Mehri Moradi <sup>1\*</sup>, Parenaz Banisi <sup>2</sup>, Seaside Zomorrody <sup>3</sup>

1 Master, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

2 Assistant Professor, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

3 Assistant Professor, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Master, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

## Abstract

In this study, the effectiveness of cognitive-behavioral education on spiritual health and resilience of housewives in Buin and Miandasht was investigated. The statistical population of this study included all women referring to Vali Asr Educational and Cultural Center of Buin and Miandasht city. Among them, 30 people with entry and exit criteria were compiled using the available and purposeful sampling method and based on the scores of Connor and Davison (2003) and spiritual health (SWB) resilience questionnaires. The 30 were randomly assigned to two experimental and control groups of 15 subjects. The experimental group received group reality therapy and the control group was on the waiting list. Covariance analysis was also used to analyze the data and SPSS22 software was used to accelerate the results. The results showed that cognitive-behavioral training significantly increased the resilience and spiritual health of housewives. In other words, housewives were able to increase their resilience and spiritual health by attending cognitive-behavioral training sessions.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Education, Resilience, Mental health



## بررسی اثر بخشی آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی و تاب آوری زنان خانه دار بویین ومیاندشت

مه‌ری مرادی\*<sup>۱</sup>، پ‌ریناز بنیسی<sup>۲</sup>، سعیده زمردی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران غرب، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران غرب، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۹/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۲۴

### چکیده

در این پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی و تاب‌آوری زنان خانه‌دار بویین و میاندشت پرداخته شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کانون فرهنگی تربیتی ولیعصر شهرستان بویین و میاندشت بود که از میان آنها، به روش نمونه گیری دردسترس در پیش‌تست، ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند، نمونه آماری را تشکیل دادند. این ۳۰ نفر به طور تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شد که گروه آزمایش، آموزش شناختی رفتاری گروهی را دریافت کردند و گروه دیگر گروه کنترل بود که در لیست انتظار قرار داشت. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس و برای تسریع در نتایج حاصله از نرم افزار SPSS22 استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش شناختی رفتاری به طور معناداری باعث افزایش تاب‌آوری و سلامت معنوی زنان خانه‌دار میشود. به عبارت بهتر زنان خانه‌دار با شرکت در جلسات آموزش شناختی رفتاری توانستند تاب‌آوری و سلامت معنوی خود را افزایش دهند. لذا آموزش شناختی رفتاری می تواند روشی موثر جهت کاهش مشکلات روان شناختی زنان باشد.

**واژگان کلیدی:** آموزش شناختی رفتاری، تاب‌آوری، سلامت معنوی.

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو در علوم تربیتی محفوظ است.

### مقدمه

زنان خانه‌دار در زندگی با مشکلات عدیده‌ای روبه رو هستند، که معمولاً تاب‌آوری در این افراد به طور چشمگیری کاهش می یابد. فرایبورگ و بارلاگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) [۱] تاب‌آوری را به عنوان توانایی برخورد با چالش‌های زندگی همراه با اطمینان، هدفمندی، مسئولیت‌پذیری، همدلی و امید و متفکرانه تعریف کرده است. گارمزی و ماستن<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) [۲] تاب‌آوری را به عنوان فرایند، ظرفیت یا نتیجه انطباق موفق با وجود شرایط پرچالش یا

تهدیدکننده تعریف کرده‌اند. افراد تاب‌آوری ضعیفی در مقابل استرس دارند و بالطبع آسیب پذیری زیادی از خود نشان می‌دهند. در مقابل دسته‌ای دیگر با شرایط استرس‌زا مواجه می‌شوند و سعی می‌کنند بدون اینکه تسلیم شرایط استرس‌زا شوند از شرایط موجود به عنوان فرصتی برای پیشرفت خود استفاده نمایند. به بیان دیگر آنها بدون نشان دادن واکنش‌های هیجانی بیمارگونه تلاش می‌کنند نه تنها شرایط موجود را کنترل نمایند بلکه راه حل‌های منطقی برای حل تعارضات ناشی از استرس را

زندگی، تنهایی و ... تحمل می کنند که این فشارها زندگی فردی، زناشویی و اجتماعی این قشر از جامعه را با مشکل مواجه می کند.

پژوهش های مختلف نشان دادند که سلامت معنوی نقش بسزایی در زندگی زناشویی و سازگاری زنان دارد [۷] گرایش و توجه مجدد به مسائل معنوی در عرصه زندگی نشان می دهد که بعد معنوی انسان یک بعد جدید نیست بلکه همیشه وجود داشته است، اما با بدان توجه نشده یا توجه به ارضا این نیاز در طول تاریخ به شکل های دیگری صورت گرفته است [۸] اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان سلامتی را به خود جلب کرده است. تحقیقات بسیاری از این فرضیه حمایت می کند که سلامت معنوی می تواند کارکرد روانی و سازگاری را تقویت کند. متخصصان بهداشت روان معتقدند با شناخت اعتقادات و مراسم مذهبی مراجعان، از آن به عنوان یک منبع جایگزین مهم و حمایت کننده استفاده کرده و با توصیه مراسم مذهبی، بتوانند آن ها را به آرامش درونی سوق دهند. همچنین پژوهش ها حاکی از این است که معنویت، ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد [۷]. سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می آید [۹] سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته است. که باعث ارتقاء سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می کند که این کار باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی می شود [۱۰].

از طرفی پژوهش رنجبر (۱۳۹۶) [۱۱] نشان داد که یکی از مشکلات زنان متاهل، پایین بودن تاب آوری در آنها می باشد. تاب آوری به صورت توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس زا تعریف می شود [۱۲].

تاب آوری از مشکلات روان شناختی فردی و بین فردی در افراد آسیب دیده جلوگیری کرده و آن ها را در برابر تأثیرات روان شناختی رویدادهای مشکل زا مصون نگه می دارد. همچنین تاب آوری مرتبط با هیجانات مثبت است که نقش حفاظتی را در برابر افسردگی و پرخاشگری ایفا می کند و مکانیزمی حمایت کننده است که پاسخ فرد به موقعیت پرمخاطره را تعدیل می کند [۱۳]. کوپر<sup>۶</sup> (۲۰۱۰) [۱۴] باور داشت که تاب آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدید کننده است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می -

پیدا کنند. این مقاومت و تلاش در جهت پیدا کردن راه حل های منطقی در بستر شرایط استرس زا ناشی از تاب آوری بالای این افراد می باشد [۳]

از سوی دیگر متغیر دیگری که با تاب آوری<sup>۳</sup> افراد مرتبط است، سلامت معنویت<sup>۴</sup> و وجود معنویت در افراد است. معنویت امری همگانی است و همانند هیجان، درجات و جلوه های مختلفی دارد به طوری که ممکن است هشیار یا ناهشیار، رشدیافته یا غیر رشدیافته، سالم یا بیمارگونه، ساده یا پیچیده و مفید یا خطرناک باشد [۴] در مدل سلامت معنوی فیشر نیز ابعاد سلامت معنوی به صورت ابعاد فردی، اجتماعی، محیطی و متعالی مطرح شده است. در این مدل ویژگی های سلامت معنوی شامل اعتقاد به نیروی مافوق، نیاز به ارتباط با دیگران، هماهنگی درونی، حفظ تمامیت وجودی خود و سیستم های حمایتی قوی، مراقبت از طبیعت و حس ارتباط با جهان پیرامون است.

انجام مداخلات روان شناختی تأثیر بسزایی بر افزایش تاب آوری و سلامت معنوی افراد دارد. آموزش شناختی رفتاری یک مداخله مشکل مدار است که تعاریف شناختی، اسنادهای غلط و عزت نفس پایین را مورد توجه قرار می دهد. هدف درمان این است که نگرش های خود محکوم کننده<sup>۵</sup> را کاهش دهد و اسنادهای مثبت را افزایش داده و مهارت های مقابله ای را بهبود بخشد. به عبارت دیگر، آموزش شناختی رفتاری مداخله ای است که تغییرات رفتاری و هیجانی به وسیله آموختن شیوه های جدید مقابله و شناخت افکار به شیوه مشکل مدارانه در فرد به وجود می آورد. شناخت ها به عنوان ساختاری از دانش یا باورها و مجموعه راهبردهای بهره گیری از این اطلاعات به شیوه ای انطباقی محسوب می شوند. در عمل، فرض بنیادین شناخت درمانی این است که شناخت ها بر هیجانات و رفتارها تأثیر می گذارند. به علاوه، اعتقاد بر این موارد فرض های مهمی هستند که تغییر شناختی را به مثابه پیش نیاز بهبودی تعیین می کنند [۵]. بنابراین با توجه به مطالب فوق، در پژوهش حاضر به بیان مسأله، ضرورت و اهمیت پژوهش، اهداف پژوهش، فرضیه های پژوهش، تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها که شناختی رفتاری، سلامت معنوی و تاب آوری زنان خانه دار بویین میاندشت است؛ خواهد پرداخت.

## شرح موضوع

علیرغم پیشرفت فناوری و تکنولوژی در عصر حاضر، در زمینه مسائل روحی و روانی پیشرفت ها نه تنها زیاد نبوده که کاهش آرامش و نشاط و افزایش تنش ها و مشکلات روان شناختی را در زندگی افراد شاهد هستیم [۶]. بویژه زنان خانه دار که بدلیل شرایط اجتماعی و فرهنگی فشار بیشتری را به دلیل یکنواختی

زمینه، محقق در این پژوهش درصدد پاسخگویی به سؤال زیر برآمده است:  
آیا آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی و تاب آوری زنان خانه‌دار بویین و میاندشت مؤثر است؟

### -روش شناسی پژوهش

این پژوهش با توجه به قابل استفاده بودن نتایج آن، از نوع کاربردی می‌باشد، از جهت روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و کنترل نابرابر است.

گروه آزمایش	T <sub>1</sub>	X <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
گروه کنترل	T <sub>4</sub>		T <sub>3</sub>
پیش آزمون	T <sub>3</sub> و T <sub>1</sub>		
پس آزمون	T <sub>4</sub> و T <sub>2</sub>		
مداخله	X <sub>1</sub>		

### -جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان خانه‌دار مراجعه کننده به کانون فرهنگی تربیتی ولی عصر شهرستان بویین و میاندشت بود.

### نمونه و روش نمونه‌گیری

از میان زنان خانه دارمراجعه کننده به کانون فرهنگی تربیتی ولی عصر شهرستان بویین و میاندشت به روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس نمره پرسشنامه‌های مربوطه در پیش‌تست، ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند، به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به طور تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شدند که گروه آزمایش، درمان شناختی رفتاری گروهی را دریافت کردند و گروه دیگر گروه کنترل بود که در لیست انتظار قرار گرفتند.

### ملاک‌های ورود:

زنان خانه‌دار دارای سنین بین ۲۰ تا ۴۵، حداقل تحصیلات سیکل، نداشتن اختلالات شدید روانی، و یا سایر بیماری‌های مزمن جسمی، کسب نمره پایین تراز نقطه برش در پرسشنامه های تاب‌آوری (کمتر از ۵۰) و سلامت معنوی (کمتر از ۴۲)

کند. در عین حال کوپر (۲۰۱۰) [۱۴] به این نکته نیز اشاره می‌کند. نماید که سازگاری مثبت با زندگی فردی و زناشویی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به عنوان پیش‌آیند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود؛ وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند. نتایج پژوهش کاظمیان و اسماعیلی (۱۳۹۱) [۱۵] و استینهارد و دولیبر (۲۰۰۹) [۱۶] نشان داد که آموزش تاب‌آوری، می‌تواند منجر به افزایش سازگاری فردی و بین فردی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای موثرتر در برابر فشارهای محیطی باشد.

جهت افزایش تاب‌آوری و سلامت معنوی افراد، ارائه رویکردهای مداخله‌ای ضروری می‌باشد که یکی از رویکردهای مؤثر و کارآمد جهت کاهش مشکلات روان شناختی افراد، استفاده از درمان شناختی رفتاری می‌باشد که بررسی پژوهش‌ها حاکی از تاثیر درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و سلامت معنوی [۱۷] در زنان می‌باشد.

نظریه پردازانی مانند لازاروس<sup>۸</sup> (۱۹۷۱)، فوکس<sup>۹</sup> (۱۹۷۹)، مک مالین<sup>۱۰</sup> (۱۹۶۷) و میشن بام<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۷) بر این باورند که یادگیری، نگهداری و حذف رفتارها، از راه نظام‌هایی که در آن رویدادهای بیرونی و فرایندهای شناختی بر یکدیگر تعامل دارند، صورت می‌گیرد [۵]. لذا، درمانگران شناختی رفتاری، همانند درمانگران شناختی، تفکر غیر منطقی و خودگویی‌های مخرب را سرچشمه مشکلات روان‌شناختی می‌دانند؛ اما برخلاف درمانگران شناختی، در تغییر فرایندهای شناختی بیشتر از فنون رفتاری سازمان‌یافته استفاده می‌کنند [۱۸]. به بیان بهتر، درمانگران این دیدگاه در تغییر رفتارهای ناسازگارانه و برای رسیدن به خودیاری نه تنها به بازسازی شناختی مانند تغییر انتظارات نادرست، طرحواره‌های ناکارآمد، افکار خودآیند منفی، خودگویی‌های منفی و باورهای نادرست و غیرمنطقی تأکید می‌ورزند، بلکه بر آموزش مهارت‌های اجتماعی مانند ابراز وجود، مسئله‌گشایی، آرامش عضلانی، مهارت‌های بین فردی هم تأکید دارند [۱۹]. همچنین این رویکرد به طور ذاتی، محترمانه و مشارکتی است و خودکنترلی درمان‌جو را افزایش و رفتارهای مخرب وی را کاهش می‌دهد [۲۰]. در این دیدگاه، آشنایی مراجعان با مهارت‌های حل مسئله به آن‌ها کمک می‌کند تا به همه جوانب موقعیت‌ها فکر کنند و در نظر داشته باشند که مراحل منجر به پاسخ‌دهی آن‌ها، بیشتر مبتنی بر غرایز، احساسات و هیجانات آن‌ها می‌باشد. هنگامی که مراجعان موفقیت در حل مسئله را تجربه کنند، خودکنترلی و تاب‌آوری آنها افزایش خواهد یافت [۲۱].

لذا با توجه به مطالب فوق و نقش تاب‌آوری و سلامت معنوی بر سلامت فردی و بین فردی زنان خانه‌دار و لزوم مداخله در این

## ملاک‌های خروج:

شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش. زنان خانه دار کمتر از ۲۰ سال و بیشتر از ۴۵ سال غیبت بیش از دو جلسه، داشتن اختلال روانی براساس خود اظهاری، مصرف داروهای روانگردان (روانپزشکی)

## ابزار گردآوری داده‌ها

### مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC):

این مقیاس شامل ۲۵ گویه می‌باشد و توسط کانر و دیویدسون<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۳) [۲۲] جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری اعم از حس توانایی فردی، مقاومت در برابر تاثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر، اعتماد به غرایز فردی، حس حمایت و امنیت اجتماعی، ایمان روحانی و رویکرد عمل‌گرایانه به روش‌های مشکل‌گشایی را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل نیز می‌باشد. برای هر گویه، طیف درجه بندی لیکرتی ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از یک (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می‌باشد. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس.

روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) احراز گردیده است [۲۲] نسخه فارسی این مقیاس توسط جوکار (۱۳۸۶) تهیه شده است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۷ و پایایی به روش بازآزمایی ۰/۷۳ بود.

## سلامت معنوی (SWB)

پرسشنامه سلامت عمومی توسط پولوتزین و الیسون<sup>۱۳</sup> (۱۹۸۲) طراحی شد، و شامل ۲۰ سوال بوده که ۱۰ سوال سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰-۶۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه‌ی آن ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سوالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد. در سوالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱، و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم بندی شد. ضریب آلفای کرونباخ جهت پایایی این ابزار توسط عباسی و همکاران (۱۳۸۵) برابر با ۰/۸۷ تعیین شده است [۲۳].

## روش اجرای پژوهش

ابتدا پس از هماهنگی با مسئولین کانون فرهنگی تربیتی ولی-عصر شهرستان بوبین و میاندشت و ارائه اطلاعات به مسئولین و زنان مراجعه‌کننده در خصوص نحوه انجام پژوهش در بهمن ماه ۱۳۹۸، افرادی که تمایل به همکاری و سواد کافی داشتند، در پیش‌آزمون پرسشنامه سلامت معنوی و تاب‌آوری را تکمیل کردند و از میان مراجعانی که نمره پایین در دو پرسشنامه فوق کسب کردند ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و نمونه مورد نظر در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی گمارش شدند. گروه آزمایش با تعداد اعضای ۱۵ نفر توسط درمانگر جهت اجرای جلسات درمان شناختی رفتاری آغاز به کار کرد و گروه کنترل نیز در لیست انتظار بودند. این گروه هیچ‌گونه روش درمانی دریافت نکرد. در گروه کنترل، انجام پرسشنامه، نحوه انتخاب و گمارش اعضای گروه همانند گروه آزمایش در نظر گرفته شد. پس از اتمام درمان، در پس آزمون پرسشنامه‌های مذکور از هر دو گروه مجدد گرفته و در نهایت به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد.

عناوین جلسات درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی براساس برنامه درمانی زارب (۱۳۹۳)

جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی قوانین گروه و تعریف مفاهیم مربوطه (تاب‌آوری و سلامت معنوی)، آشنایی کلی با متغیرها، معرفی، تعریف و تشریح تعریف‌های شناختی و تاثیر آن بر خلق و احساس.
جلسه دوم	تعیین اهداف فردی و بین فردی، تمرکز بر روابط بین فردی
جلسه سوم	برخورد با آنچه دیگران می‌گویند، یادگیری آرامش، آموزش فنون آرمیدگی و اجرای گروهی آن
جلسه چهارم	نقش افکار منفی و باورهای غیرمنطقی بر خستگی و پریشانی روانی و... آموزش فرمول بندی شناختی ارتباط بین فکر، هیجان و رفتار.
جلسه پنجم	تغییر افکار منفی و استفاده از خودگویی‌های مثبت
جلسه ششم	آموزش جرأت‌ورزی و ابراز وجود، چگونگی بیان عقاید با آرامش و چگونگی پذیرش بازخوردهای منفی
جلسه هفتم	آموزش راهبردهای حل مسئله و کاربردهای آن در زندگی روزمره
جلسه هشتم	مرور جلسات، جمع بندی، تمرکز بر آینده و تعیین هدف

ملاحظات اخلاقی

- در جریان اجرای تحقیق، نکات ذیل رعایت گردید تا ضمن احترام به حقوق انسانی آزمودنی ها، مسائل قانونی نیز رعایت گردد.
- ۱- اخذ موافقت از مراجعین هدف طرح پس از اطلاع رسانی.
  - ۲- مراجعینی که تمایل به ذکر نام در پرسشنامه نداشتند، برای شناسایی آنها از کد استفاده شد .
  - ۳- توضیح کامل به مراجعین در خصوص هدف پژوهش و استفاده از پرسشنامه برای کار پایان نامه.
  - ۴- ارائه نتایج هر یک از مراجعین به ایشان در صورت تمایل.
  - ۵- رعایت اصل امانتداری و محرمانه ماندن نتایج آزمون ها و عملکرد فرد فرد مراجعین.
  - ۶- آزادی مراجعین برای خروج از مطالعه و یا توقف آزمون ها در هر مرحله و شرایط.
  - ۷- ارائه خلاصه ای از نتایج کلی تحقیق به مراجعین علاقه مند
  - ۷-۳- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
- داده‌های این پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در بررسی توصیفی، شاخص -

های آماری توصیفی یعنی محاسبه فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای هر دو گروه (گروه آزمایش و کنترل) انجام گرفته است. در قسمت آمار استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. برای تسریع در نتایج حاصله از نرم افزار spss-21 استفاده می‌شود.

تجزیه و تحلیل توصیفی

در پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی و تاب آوری زنان خانه دار بویین و میاندشت، مورد بررسی قرار گرفت. پس از بررسی های لازم، در این قسمت شاخص های توصیفی و تحلیلی به دست آمده در روند مطالعه، به بحث و بررسی گذاشته می شوند.

-اطلاعات جمعیت شناختی

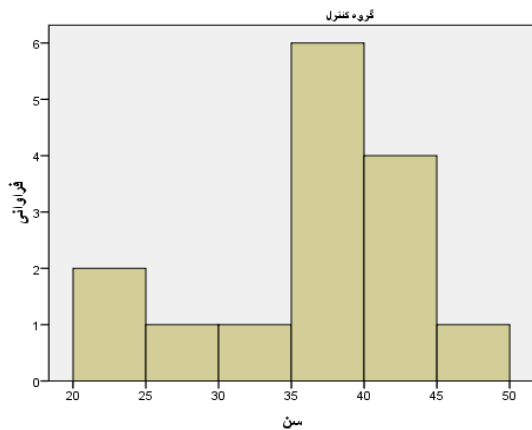
در این قسمت ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جداول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

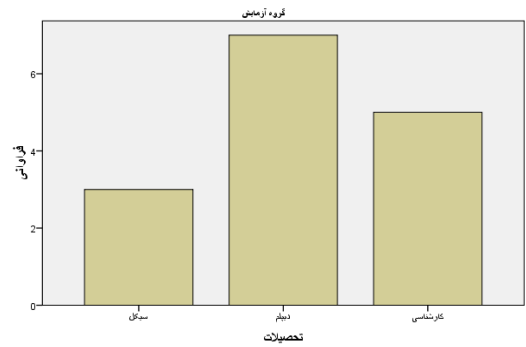
متغیر	گروه آزمایش (n=۱۵)	گروه گواه (n=۱۵)
	سیکل فراوانی (درصد)	۳ (۲۰)
دیپلم فراوانی (درصد)	۷ (۴۶/۶۶)	۶ (۴۰)
کارشناسی فراوانی (درصد)	۵ (۳۳/۳۳)	۷ (۴۶/۶۶)
گروه سنی	۱/۵۹۸ (۳۰/۲۰)	۱/۱۵۰ (۳۱/۴۰)
	(M) SD	

دارای تحصیلات کارشناسی هستند. بعلاوه، در گروه آزمایش میانگین گروه سنی ۳۰ سال و در گروه گواه ۳۱ سال می‌باشند. این نتایج در نمودار های زیر نیز قابل مشاهده است:

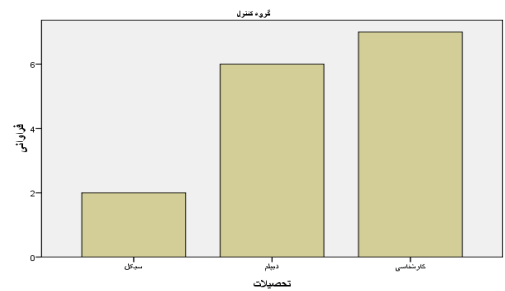
همانگونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌گردد، در گروه آزمایش، ۲۰ درصد داری تحصیلات سیکل، ۴۶ درصد دیپلم و ۳۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی؛ و در گروه گواه، ۱۳ درصد داری تحصیلات سیکل، ۴۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۴۶ درصد



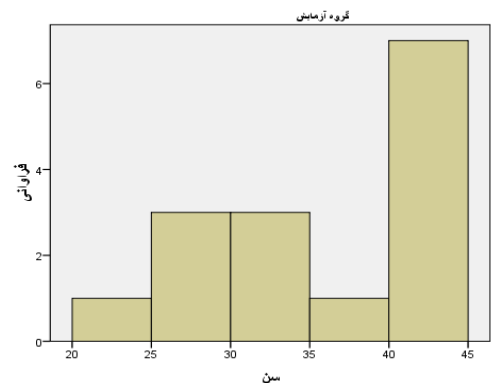
نمودار ۴. سن شرکت کنندگان گروه کنترل



نمودار ۱. تحصیلات شرکت کنندگان گروه آزمایش



نمودار ۲. تحصیلات شرکت کنندگان گروه کنترل



نمودار ۳. سن شرکت کنندگان گروه آزمایش

### تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها

در این قسمت اطلاعات حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی و تاب آوری بر روی اعضای دو گروه مورد تجزیه و تحلیل توصیفی قرار می‌گیرد. اطلاعاتی که در این قسمت ارائه می‌گردد شامل میانگین و انحراف استاندارد نتایج حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌های افراد گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. این داده‌ها ابتدا به صورت اجمالی با استفاده از جدول توصیفی خلاصه می‌شود و سپس در مرحله تجزیه و تحلیل استنباطی به تفصیل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمونه

کنترل			آزمایش			متغیر	
پس‌آزمون			پیش‌آزمون				
تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین
۱۵	۳۹/۶۰	۱/۸۳۱	۱۵	۳۹/۵۳	۱/۸۲۳	۱۵	۴۲/۲۷
۱۵	۴۳/۸۰	۱/۰۲۴	۱۵	۴۳/۶۷	۱/۰۴۱	۱۵	۴۹/۸۰
۱۵	۲۲/۴۷	۱/۰۰۴	۱۵	۲۲/۳۳	۱/۰۲۱	۱۵	۲۵/۴۰
۱۵	۲۱/۳۳	۱/۰۲۱	۱۵	۲۱/۳۳	۱/۰۲۱	۱۵	۲۵/۰۷

### استنباط‌های مرتبط با فرضیات تحقیق

پس از ارائه جداول توصیفی، در این قسمت با توجه به اطلاعات و داده‌های به دست آمده از این پژوهش، به بررسی استنباط‌های

چنانچه در جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در هر دو متغیر تاب آوری و سلامت معنوی افزایش چشمگیری داشته است

### ۱- آزمون فرض نرمال بودن متغیرها:

قبل از تعیین نوع آزمون مورد استفاده به خصوص در آزمون‌ها مقایسه‌ها لازم است از نرمال بودن متغیرها مطمئن شویم. دلیل این موضوع آن است که در آزمون‌های مربوطه چنانچه متغیرها نرمال نباشند، نمی‌توان از آزمون‌های پارامتری برای بررسی صحت و سقم فرضیات استفاده کرد و می‌بایست از آزمون‌های ناپارامتری معادل آن استفاده نمود. لذا در جدول ذیل نتایج آزمون‌های نرمالیتی برای هر یک از متغیرهای وابسته در هر دو گروه کنترل و آزمایش به همراه مقدار آماره کلموگروف - اسمیرنوف ارائه شده است.

قابل ذکر است در آزمون نرمالیتی کلموگروف - اسمیرنوف فرضیه صفر عبارت از نرمال بودن متغیرها است. لذا چنانچه  $P$ -value حاصل از آزمون بزرگ‌تر از مقدار  $0/05$  باشد فرض نرمال بودن متغیرها پذیرفته می‌شود.

آماره و تصمیم‌گیری در رابطه با فرضیات تحقیق پرداخته می‌شود. همان‌طور که در فصول قبل بیان شد، در این تحقیق به بررسی دو فرضیه می‌پردازیم که نتیجه آزمون این فرضیات مشخص می‌کند که آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی و تاب آوری زنان خانه دار اثربخش بوده است یا خیر. برای بررسی این فرضیات قاعدتا باید از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده نمود. اما استفاده از این آزمون آماری مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی می‌باشد که در صورت تأیید شدن آن‌ها ما مجاز به استفاده از این آزمون خواهیم بود. این پیش‌فرض‌ها در ادامه مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

جدول ۳: آزمون کولموگروف اسمیرنوف مربوط به متغیرهای تحقیق

کلموگروف - اسمیرنوف		گروه‌ها	کلموگروف - اسمیرنوف		گروه‌ها	نرمال بودن توزیع نمرات	سلامت معنوی
آماره	معنی داری		آماره	معنی داری			
0/973	0/484	کنترل	0/650	0/736	آزمایش	تاب آوری	
0/886	0/583	کنترل	0/817	0/634	آزمایش	سلامت معنوی. کل	سلامت معنوی
0/886	0/583	کنترل	0/817	0/634	آزمایش	سلامت مذهبی	
0/886	0/583	کنترل	0/586	0/774	آزمایش	سلامت وجودی	

بنابراین، فرض نرمال بودن متغیرها در هر دو گروه تأیید می‌شود.

### ۲- پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها

با توجه به نتایج جدول فوق، ملاحظه می‌شود که برای تمامی متغیرهای بررسی شده در دو گروه کنترل و آزمایش مقدار سطح معناداری ( $P$ -value) از مقدار آلفا  $0/05$  بزرگ‌تر است.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آماره لوین	پیش‌آزمون	تاب آوری	سلامت معنوی
0/202	28	1	1/814	پس‌آزمون		
0/402	28	1	2/340	پس‌آزمون		
0/247	28	1	1/398	پیش‌آزمون	سلامت معنوی. کل	سلامت معنوی
0/341	28	1	0/940	پس‌آزمون		
0/287	28	1	1/098	پیش‌آزمون	سلامت مذهبی	
0/216	28	1	1/604	پس‌آزمون		
0/399	28	1	0/735	پیش‌آزمون	سلامت وجودی	
0/622	28	1	0/249	پس‌آزمون		

بزرگ‌تر است. فرضیه صفر در آزمون لوین عبارت از این است که واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. لذا با توجه به این

خروجی آزمون نشان می‌دهد که سطح معناداری تمام متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از سطح معناداری آلفا  $0/05$



این جدول آماره Box M را نشان می دهد. این آزمون این فرض صفر را مورد آزمون قرار می دهد که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه های مختلف برابرند. در جدول زیر چون مقدار  $F(0.731)$  در سطح خطای داده شده ( $0.54$ ) معنی دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی شود. به این معنی که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند.

با توجه به نتایج مفروضات فوق، مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است. لذا برای آزمون سوال های تحقیق می توان از این آزمون استفاده کرد که نتایج به شرح زیر می باشد:

فرضیه اصلی: آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی و تاب آوری زنان خانه دار موثر است.

برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای آزمون این فرضیه از شاخص لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری در آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات آزمودنی ها در تاب آوری و سلامت معنوی (مذهبی و وجودی) در مرحله پیش آزمون به عنوان متغیرهای کنترل، و نمرات آزمودنی ها در این متغیرها در مرحله پس آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جدول ۶ ارائه شده است.

که سطوح معناداری به دست آمده از مقدار آلفا  $0.05$  بزرگتر است فرض صفر مبنی بر این که واریانس ها همگن هستند تأیید می شود.

### ۳- بررسی همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته :

سومین مفروضه آزمون تحلیل کوواریانس، همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته می باشد که جهت بررسی همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته از آزمون کرویت بارلت استفاده شد که نتایج همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته سلامت معنوی و تاب آوری را نشان می دهد، چون سطح معناداری آزمون  $(0.000)$  کمتر از  $0.05$  می باشد. نتایج به شرح زیر است:

جدول ۵: آزمون بارلت

نسبت درست نمایی	۰/۶۸۴
خی دو	۱۱/۵۱۹
سطح معناداری	۰.۰۰۰

### ۴- همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس

چهارمین مفروضه آزمون تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس ها می باشد که جهت بررسی همگنی واریانس ها از آزمون M Box استفاده شد. نتایج آزمون باکس در جدول زیر آمده است:

جدول ۶: آزمون ام.باکس برای همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس

سطح معناداری	F	BQXS.M
۰.۵۴۲	۰.۷۳۱	۱۶.۳۳۲

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	مقدار F	مقدار معناداری	مجذور اتای سهمی
لامبدای ویلکز	۰/۳۰۱	۴	۲۲	۱۲/۸۰۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹۹

معناداری وجود دارد. همچنین مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۶۹ درصد است. یعنی ۶۹ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد. برای شناسایی این که تفاوت مشاهده شده در کدام یک از متغیرها معنی دار است به تحلیل کوواریانس برای متغیر وابسته پرداختیم.

باتوجه به جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می دهد با کنترل اثر نمرات پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تاب آوری و سلامت معنوی به عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). به عبارتی آموزش شناختی رفتاری حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته تاب آوری و سلامت معنوی (مذهبی و وجودی) زنان تاثیر مثبت دارد. به عبارتی دیگر این نتایج نشان می دهند که در گروه های مورد مطالعه از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت

جدول ۸: آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری سلامت معنوی و تاب آوری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ایتای سهمی
سلامت معنوی	تاب آوری	۹/۲۵۳	۱	۹/۲۵۳	۱۰/۷۲۴	۰/۰۰۳	۰/۳۰۰
	سلامت معنوی کل	۸۴/۳۷۴	۱	۸۴/۳۷۴	۳۰/۵۳۳	۰/۰۰۰	۰/۵۵۰
	سلامت وجودی	۱۲/۱۸۸	۱	۱۲/۱۸۸	۸/۹۱۹	۰/۰۰۶	۰/۲۶۳
	سلامت مذهبی	۲۹/۷۹۲	۱	۲۹/۷۹۲	۱۴/۴۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶۶

**فرضیه فرعی اول: آموزش شناختی رفتاری بر تاب آوری زنان خانه دار موثر است.**

برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات آزمودنی ها در تاب آوری در مرحله پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل، و نمرات آزمودنی ها در این متغیر در مرحله پس آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند.

با توجه به داده های جدول فوق چون مقدار F در متغیرهای سلامت معنوی و تاب آوری در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار است، فرض صفر رد و فرض تحقیق با ۹۵٪ اطمینان تایید می گردد. به عبارت دیگر، آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی و تاب آوری زنان خانه دار تأثیر دارد و مقدار اتا نشان می دهد که ۳۰ درصد از تغییرات تاب آوری، ۵۵ درصد از تغییرات سلامت معنوی کل، ۲۶ درصد از تغییرات سلامت وجودی و ۳۶ درصد از تغییرات سلامت مذهبی ناشی از تأثیر آموزش شناختی رفتاری بوده است.

جدول ۹: آزمون تک متغیره تحلیل کوواریانس

متغیر وابسته		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ایتای سهمی
تاب آوری	گروه ها	۸/۷۷۷	۱	۸/۷۷۷	۱۰/۱۴۶	۰/۰۰۴	۰/۲۷۳

فرضیه فرعی دوم: آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی زنان خانه دار موثر است. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات آزمودنی ها در سلامت معنوی (مذهبی و وجودی) در مرحله پیش آزمون به عنوان متغیرهای کنترل، و نمرات آزمودنی ها در این متغیرها در مرحله پس آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند.

با توجه به جدول ۹ نتایج آزمون نشان می دهد که با توجه به سطح معناداری (۰/۰۰۴) آزمون F در پس آزمون سطح معناداری متغیر تاب آوری کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی رفتاری بر تاب آوری زنان تأثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. بر اساس مقادیر اندازه اثر در جدول نیز، می توان گفت که ۲۷ درصد از تغییرات متغیر تاب آوری ناشی از تأثیر آموزش شناختی رفتاری بوده است.

جدول ۱۰: آزمون چند متغیره تحلیل کوواریانس

متغیر وابسته		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ایتای سهمی	سلامت معنوی
سلامت معنوی کل	گروه ها	۸۸/۱۲۰	۱	۸۸/۱۲۰	۳۲/۴۴۷	۰/۰۰۰	۰/۵۵۵	
سلامت مذهبی	گروه ها	۱۳/۴۰۶	۱	۱۳/۴۰۶	۹/۷۳۱	۰/۰۰۴	۰/۲۷۲	
سلامت وجودی	گروه ها	۲۹/۵۰۱	۱	۲۹/۵۰۱	۱۴/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۳	

می‌شود. به عبارت بهتر زنان خانه‌دار با شرکت در جلسات آموزش شناختی رفتاری توانستند تاب‌آوری و سلامت معنوی خود را افزایش دهند.

در آموزش شناختی- رفتاری، همانند سایر رویکردهای شناختی، تفکر غیر منطقی و خودگویی‌های مخرب را سرچشمه مشکلات روان‌شناختی می‌دانند؛ اما برخلاف رویکردهای شناختی، در تغییر فرایندهای شناختی بیشتر از فنون رفتاری سازمان‌یافته استفاده می‌شود. به بیان بهتر، این دیدگاه در تغییر رفتارهای ناسازگارانه و برای رسیدن به خودیاری نه تنها به بازسازی شناختی مانند تغییر انتظارات نادرست، طرحواره‌های ناکارآمد، افکار خودآیند منفی، خودگویی‌های منفی و باورهای نادرست و غیرمنطقی تأکید می‌شود، بلکه بر آموزش مهارت‌های اجتماعی مانند ابراز وجود، مسئله‌گشایی، آرامش عضلانی، مهارت‌های بین فردی هم تأکید دارند. بنابراین به کمک این روش، افراد یاد می‌گیرند در برابر فشارها و آسیب‌های زندگی، تاب‌آوری بیشتری از خود نشان دهند و به دنبال آن سلامت معنوی خود را نیز افزایش دهند.

**فرضیه فرعی اول:** آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زنان خانه‌دار موثر است.

نتایج آزمون نشان می‌دهد که با توجه به سطح معناداری ( $F(0/004)$ ) در پس آزمون سطح معناداری متغیر تاب‌آوری کمتر از  $0/05$  می‌باشد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زنان تاثیر دارد. لذا با  $95$  درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می‌شود. بر اساس مقادیر اندازه اثر در جدول نیز، می‌توان گفت که  $27$  درصد از تغییرات متغیر تاب‌آوری ناشی از تاثیر آموزش شناختی رفتاری بوده است. این یافته با بسیاری از پژوهش‌های مشابه همسو بوده است برای مثال نتایج پژوهش باقری و دوستکام (۱۳۹۸) [۲۸]، باشوق (۱۳۹۶) [۲۹]، چرمچی، عسگری، حافظی، مکوندی و بختیارپور (۱۳۹۵) [۲۴]، بویوین و اندرو (۲۰۱۶) [۳۰] و موریل و همکاران (۲۰۱۵) [۳۱].

زمانی که دسته‌ای از افراد با استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده مواجه می‌شوند، احساس دلهره، بی‌قراری، غم و اندوه و درماندگی می‌کنند، به همین جهت یا رفتارهای پرخاشگرانه از خود نشان می‌دهند یا اینکه افسرده می‌شوند و اشتها و خواب خود را از دست می‌دهند. چنانچه شرایط استرس‌زای طولانی در زندگی این افراد وجود داشته باشد، سلامت جسمانی و روانی آنها دچار اغتشاش می‌گردد. این گونه افراد تاب‌آوری ضعیفی در مقابل استرس دارند و بالطبع آسیب‌پذیری زیادی از خود نشان می‌دهند. در مقابل دسته‌ای دیگر که با شرایط استرس‌زا مواجه

با توجه به سطح معناداری آزمون  $F$  در پس آزمون سطح معناداری متغیرهای سلامت معنوی کل، سلامت مذهبی و سلامت وجودی کمتر از  $0/05$  می‌باشد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی رفتاری بر رابطه سلامت معنوی و خرده‌مقیاس هایش در زنان تاثیر دارد. لذا با  $95$  درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می‌شود. از طرف دیگر بر اساس مقادیر اندازه اثر در جدول نیز، می‌توان گفت که  $55$  درصد از تغییرات متغیر سلامت معنوی کل؛  $27$  درصد از تغییرات متغیر سلامت مذهبی و  $36$  درصد از تغییرات متغیر سلامت وجودی ناشی از تاثیر آموزش شناختی رفتاری بوده است.

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی و تاب‌آوری زنان خانه‌دار بویوین و میان‌دشت انجام شد. برای این منظور از جامعه زنان خانه‌دار مراجعه کننده به کانون فرهنگی تربیتی ولی‌عصر شهرستان بویوین و میان‌دشت، نمونه‌ای به حجم  $30$  نفر انتخاب شده و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش جلسات آموزش شناختی رفتاری را دریافت کردند، اما برای اعضای گروه گواه مداخله خاصی ارائه نشد. برای سنجش میزان سلامت معنوی و تاب‌آوری آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسش‌نامه‌های مذکور استفاده گردید و اطلاعات حاصل از این پرسش‌نامه با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. در ادامه نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر به تفصیل ارائه می‌گردد و در ارتباط با دیدگاه‌ها و پژوهش‌های مربوط به بحث گذاشته می‌شوند.

### نتایج تحقیق

فرضیه اصلی: آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی و تاب‌آوری زنان خانه‌دار موثر است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تاب‌آوری و سلامت معنوی به عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر، آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و سلامت معنوی تأثیر دارد و مقدار اتا نشان می‌دهد که  $69$  درصد از تغییرات ناشی از تاثیر آموزش شناختی رفتاری بوده است.

این یافته با بسیاری از پژوهش‌های مشابه همخوانی داشته است مانند نتایج پژوهش چرمچی، عسگری، حافظی، مکوندی و بختیارپور (۱۳۹۵) [۲۴]، جانفزا (۱۳۹۴) [۲۵]، کاویانی، حمید و عنایتی (۱۳۹۳) [۲۶]، مورین و آویدان (۲۰۱۷) [۲۷].

این پژوهش نشان داد که آموزش شناختی رفتاری به طور معناداری باعث افزایش تاب‌آوری و سلامت معنوی زنان خانه‌دار

فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر بر اساس مقادیر اندازه اثر در جدول نیز، می توان گفت که ۵۵ درصد از تغییرات متغیر سلامت معنوی کل؛ ۲۷ درصد از تغییرات متغیر سلامت مذهبی و ۳۶ درصد از تغییرات متغیر سلامت وجودی ناشی از تاثیر آموزش شناختی رفتاری بوده است.

این یافته با دیگر پژوهش ها همخوانی داشته است مانند نتایج پژوهش بهزادی و عسگری (۱۳۹۷) [۳۲]، سلیمانی و تاج الدینی (۱۳۹۵) [۳۳]، فیض آبادی و علمایی کوپایی (۱۳۹۵) [۳۴]، کولیوند، نظری مهین و جعفری (۱۳۹۴) [۳۵]، شورم و اسلین (۲۰۱۶) و مورین و آویدان (۲۰۱۷) [۲۷].

سلامت معنوی شکلی از تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: الف- چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنویشان، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است. ب- چشم انداز سلامت وجودی که بر نگرانی های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند، بحث می کند.

هر دو بعد سلامت معنوی نقش مهمی در زندگی افراد و احساس رضایت و آرامش آنها دارد. بسیاری از افراد تحت تاثیر مشکلات روانشناختی و آسیب های زندگی، سلامت معنوی خود را از دست می دهند، لذا توجه به این بعد از سلامت افراد مهم و ضروری است. درمان های روانشناختی می توانند به افراد کمک کنند تا بتوانند سلامت معنوی خود، به خصوص در مولفه سلامت وجودی را بازیابند.

آموزش شناختی- رفتاری یک مداخله مشکل مدار است که تعاریف شناختی، اسنادهای غلط و عزت نفس پایین را مورد توجه قرار می دهد. هدف درمان این است که نگرش های خود محکوم کننده را کاهش دهد و اسنادهای مثبت را افزایش داده و مهارت های مقابله ای را بهبود بخشد. به عبارت دیگر، آموزش شناختی- رفتاری مداخله ای است که تغییرات رفتاری و هیجانی به وسیله آموختن شیوه های جدید مقابله و شناخت افکار به شیوه مشکل مدارانه در فرد به وجود می آورد. شناخت ها به عنوان ساختاری از دانش یا باورها و مجموعه راهبردهای بهره گیری از این اطلاعات به شیوه ای انطباقی محسوب می شوند. در عمل، فرض بنیادین شناخت درمانی این است که شناخت ها بر هیجانات و رفتارها تاثیر می گذارند. به علاوه، اعتقاد بر این موارد فرض های مهمی هستند که تغییر شناختی را به مثابه پیش نیاز بهبودی تعیین می کنند [۵]. رویکرد شناختی- رفتاری برای تعیین اختلالات هیجانی مدل تک بعدی ارائه نمی دهد که در آن یک فکر یا باور منفی درباره یک رویداد منجر به یک احساس یا پاسخ فیزیولوژیک شده و به دنبال آن رفتار ایجاد

می شوند و سعی می کنند بدون اینکه تسلیم شرایط استرسزا شوند از شرایط موجود به عنوان فرصتی برای پیشرفت خود استفاده نمایند. به بیان دیگر آنها بدون نشان دادن واکنش های هیجانی بیمارگونه تلاش می کنند نه تنها شرایط موجود را کنترل نمایند بلکه راه حل های منطقی برای حل تعارضات ناشی از استرس را پیدا کنند. این مقاومت و تلاش در جهت پیدا کردن راه حل های منطقی در بستر شرایط استرسزا ناشی از تاب آوری بالای این افراد می باشد [۳].

در رویکرد شناختی- رفتاری، مسیر متداول برای آغاز حل مسئله این است که فرد، افکار و باورهای غیرمنطقی خود را شناسایی کرده و تغییر دهد، زیرا این افکار و باورها بر چهار جنبه تجارب زندگی تاثیر مهمی دارد. مطلب مهم در شناخت درمانی این است که تغییرات شناختی برای تغییر فرآیندهای انسان اهمیت زیادی دارند. بنابراین اگر بهبود رفتاری و هیجانی به دست آید و اگر به شکل ساده با رویدادهای نامطلوب برخورد شود، شناخت بازسازی می گردد (یعنی، افکار و باورها تغییر می کنند). انطباق میان آسیب پذیری خاص یک فرد (مثلاً فرد خود را ارزشمند نمی داند مگر اینکه دوستش بدارند) و یک رویداد خاص در زندگی که منعکس کننده باورهای میانجی است (مثلاً اگر شریک زندگی فرد او را ترک نماید، احساس افسردگی می کند) توسط یک (۱۹۸۷) در قالب یک مفهوم کلیدی یعنی مدل استرس- آمادگی بیان شده است که در این مدل، استرس اشاره به رویدادهای نامطلوب زندگی (عوامل تسریع کننده) و آمادگی اشاره به آسیب پذیری شناختی (عوامل مستعدکننده) دارد. فرد در چارچوب یک ذهن آرام و منطقی، ارزیابی ها و برداشت های خود از یک رویداد را بررسی می کند تا به اطلاعات صحیح و روشن دست یابد. وقتی که فرد از نظر هیجانی آشفته و ناراحت است، به دلیل سوگیری های منفی که به ذهن خود راه می دهد، معمولاً اطلاعات ورودی را تحریف می کند و به همین دلیل انعطاف ناپذیر شده و دست به تعمیم بیش از حد می زند. بنابراین به کمک تکنیک های شناختی و رفتاری در این آموزش به افراد کمک می شود تا بتوانند با اصلاح افکار خود و همچنین تغییر رفتارهای خود، تاب آوری خود را در برابر آسیب ها و استرس های زندگی افزایش دهند.

**فرضیه فرعی دوم:** آموزش شناختی رفتاری بر سلامت معنوی زنان خانه دار موثر است.

با توجه به سطح معناداری آزمون  $F$  در پس آزمون سطح معناداری متغیرهای سلامت معنوی کل، سلامت مذهبی و سلامت وجودی کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی رفتاری بر رابطه سلامت معنوی و خرده مقیاس هایش در زنان تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان

- IVF treatment. *Contemporary Psychology*. 2017; 12 (1): 759-762. [Persian]
- [8] Etemadi I. Spirituality and religion in counseling and psychology. *Mashhad Journal of Modern Psychology*. 1395; 10 (35): 131-146. [Persian]
- [9] Aga Khani N, Torabi M, Hazrati A, Ali Nejad V. The relationship between spiritual health and depression in medical students of Urmia University of Medical Sciences. *Urmia Journal of Medical Sciences*. 2016; 27 (8). 642-649. [Persian]
- [10] Asarroudi A, Golafshan A, Akabari SA. The relationship between spiritual health and quality of life in nurses. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2011; 3 (4): 81-88. [Persian]
- [11] Ranjbar M. The relationship between loneliness and resilience with marital adjustment in couples with a history of divorce. Master Thesis. Payame Noor University of Khorramabad. 2017. [Persian]
- [12] Werner EE. *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill New York: McGraw-Hill. 2013
- [13] Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual review of public health*, 2010; 26: 399- 419.
- [14] Cooper L. Concept analysis: resilience. *Pacific Lutheran university school of nursing*. 2010; 2: 45 -79.
- [15] Kazemian S, Ismaili M. The effectiveness of resilience training on increasing the adjustment of new students living in dormitories. *New Findings in Psychology*, 2012; 8 (3): 93-80. [Persian]
- [16] Steinhard TM, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomology. *Journal of American college health*, 2009; 56(4): 445 – 453.
- [17] Moradi M, Fathi D. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on life expectancy and spiritual well-being of mourning students. *Psychological studies*. Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University. 2016; 12 (3): 65-72. [Persian]

گردد. هریک از این عناصر می توانند در یک چرخه تعاملی، سایر عناصر را تحت تاثیر قرار دهند. درک چگونگی تعامل این پنج جنبه از تجارب زندگی فرد با یکدیگر، به او کمک می کند تا مسئله ای را بهتر بفهمد. لذا افراد با بهبود شناخت خود نسبت به مسائل پیش رو، می توانند با مدیریت هیجانات و رفتارهای خود، سلامت معنوی خود را نیز حفظ نمایند.

#### واژه نامه

1. Friborg & Barlaug	فرایبورگ و بارلاگ
2. Garmezy, Masten	گارمزی و ماستن
3. Resilience	تاب‌آوری
4. Spiritual health	سلامت معنویت
5. Self-defeating	خود محکوم کننده
6. Cooper	کوپر
7. Steinhard & Dolbier	استینهارد و دولبیر
8. Lazarous	لازاروس
9. Fox	فوکس
10. McMalin	مک مالین
11. MichenBam	میشن بام
12. Connor & David son	کانر و دیویدسون
13. Palutzian & Ellison	پولوتزین و الیسون

#### فهرست منابع

- [1] Friborg O, Barlaug D. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatri Res*, 2008;14: 29-2.
- [2] Garmezy N, Masten AS. The study of stress and competence in children: building blocks for developmental psychopathology. *Child development*, 1991;55:97-111.
- [3] Farlane MK. Resilience therapya group intervention program to promote the psychological wellness of adolescents at risk. *Uni South Afric J*, 2012; 22:82-8.
- [4] Aliani Z, Mahin H. Investigating the relationship between prayer adherence and anxiety of Tabriz University students. Paper presented in the second national seminar of students' mental health. *Tarbiat Modares University of Tehran*. 2009. [Persian]
- [5] Saif AA. *Behavior change and behavior therapy, theories and methods*. Tehran. Dana Publications. 2013. [Persian]
- [6] Haqqani Zanjani H.. *Divorce or family catastrophe*. Qom: Islamic Culture. 2006 [Persian]
- [7] Rahimi Shadbad N, Alivand Vafa M. Psychological well-being, spiritual health and hope in infertile women undergoing

- [29] Bashogh S. The effect of group cognitive-behavioral training on cognitive emotion regulation, social adjustment and reducing anxiety in diabetic patients. Master Thesis. Semnan University. 2017. [Persian]
- [30] Boivin D, Andrew L. The effect of cognitive-behavioral group therapy on rumination, distress and life style in juvenile delinquents. *Fertil Steril*, 2016; 77 (6): 1241-1704.
- [31] Moreil RF, Tile CK, Chranck J. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Tolerance of Distress and Welfare in Adolescents with Substance Abuse Disorders. *J Consult Clin Psychol*; 2015; 70(3): 678-90.
- [32] Behzadi E, Asgari P. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on chronic fatigue and feelings of distress in working women. *Women and Culture*, 2018; 9 (36): 85-75. [Persian]
- [33] Soleimani I, Taj al-Dini A. The effectiveness of fatigue-based cognitive-behavioral therapy on the dimensions of mental fatigue in patients with multiple sclerosis: a case study. *Journal of Clinical Psychology*, 2016; 8 (2): 21-13. [Persian]
- [34] Feyzabadi M, Alamai Koopai M. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder and the resulting psychological distress, anxiety and depression. The First International Conference on New Research in the Field of Educational Sciences and Psychology and Social Studies of Iran, Qom, Permanent Secretariat of the Conference. 2016. [Persian]
- [35] Kolivand PH, Nazari Mahin A, Jafari R. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing anxiety in patients with chronic pain. *Khatam Healing*, 2015; 6 (3): 70-63. [Persian]
- [36] Shaourm RK, Slein N. Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy on death anxiety, adjustment and hardness in the Amputees. *The International Journal of Indian Psychology*, 2016; 3 (7): 118-129.
- [18] Rosenhan LD, Seligman EP. *Abnormal psychology*. Third Edition. New York. 2013.
- [19] Baker E, Scarth K. *Cognitive-behavioral therapy for conduct disorder*. Edition six. USA. 2013.
- [20] Brabender VA, Fallon AE, Smolar IA. *Essential of Group Therapy*. New Jersey, John Wiley & Sons, 2011.
- [21] Zarb M ZH. *Assessment and Cognition - Behavior Therapy for Adolescents*. Translated by Khodayari Fard, M. And Abedini, Y. Tehran: Roshd. 2010 [Persian]
- [22] Connor KM, Davidson J. Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 2005; 16 (5): 487- 494.
- [23] Sadrollahi A, Khalili Z. Evaluation of spiritual health and related factors in the elderly of Kashan. *Quarterly Journal of Elderly Nursing*. 2014; 1 (2): 95-103. [Persian]
- [24] Cjarmchi N, Askari P, Hafizi F, Makoundi B. The effect of group cognitive-behavioral therapy on anxiety and psychological resilience in postmenopausal women. *Journal of Health Promotion Management*. 2014; 5 (5): 15-23. [Persian]
- [25] Janfza M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fatigue, perceived stress and mindfulness in women with breast cancer. Master Thesis. kharazmi University. 2015. [Persian]
- [26] Kaviani Z, Hamid N, Enayati M S. The effect of religion-based cognitive-behavioral therapy on couple resilience. *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2014; 15 (3): 25-34. [Persian]
- [27] Morien R, Avidan J. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Transteoretical Therapy in Reducing Negative Emotion and Increasing the Ability of Uncertainty Tolerance in Divorce Women. *Journal of Anxiety Disorders*, 2017; 17: 405-426.
- [28] Bagheri Z, Dostkam M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on psychological distress and mental fatigue and spirituality of people with substance use disorders. Master Thesis. Islamic Azad University, Neishabour Branch. 2019. [Persian]