رویش روان شناسی، سال ۸، شماره۵ ، شماره پیاپی ۳۸ ، مرداد ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(5), 2019

اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) مبتنی بر الگوی هافمن بر کاهش نشانگان بالینی و بهبود نظم جویی هیجانی- شناختی آتش نشانان

Effect of cognitive behavioral group therapy based on Hofmann model on the reduction of clinical symptoms and improved cognitive emotional regulation firefighters

حامد دوست محمدی
کارشناس ارشدروانشناسی دانشگاه پیام نور سمنان، گرمسار
وحید فرهادی (نویسنده مسئول)
باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه
محمد همتی
کارشناس ارشد گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن
رقیه اصغری
باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد البرز

Hamed dust mohammadi
Master of Science, Personality Psychology Department, Payame Noor University of Semnan, Garmsar
vahid farhadi 2*
Young Researchers and Elite Club, Kermanshah Branch, Islamic Azad University. Email: *Farhadivahid.a@gmail.com*
mohammad hemmati
Master of Science, consultation and guidance Group, Islamic Azad University, Rodehen Branch
Roqaye asqari
Young Researchers and Elite Club, Alborz Branch, Alborz

چکیده

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) مبتنی بر الگوی هافمن بر کاهش نشانگان بالینی و بهبود نظم جویی هیجانی- شناختی آتش نشانان استان البرز بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه این پژوهش شامل ۲۴ نفر از کارکنان بود که ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و گروه آزمایش درمان گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) را در ۱۰ جلسه دریافت کردند، در حالی که به گروه کنترل این مداخله ارائه نشد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) و فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نشانگان افسردگی، اضطراب، روان پریشی و حساسیت بین فردی معنی دار است (P<۰/۰۵)؛ اما تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در خودبیمارانگاری، وسواس ، پرخاشگری و فوبیا معنی دار نیست (P<۰/۰۵). همچنین تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه های تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه ریزی مجدد، پذیرش، دیدگاه گیری، ملامت خویش، فاجعه سازی در سطح معنی دار است؛ اما تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نشخوار گری و ملامت دیگران معنی دار نیست (P<۰/۰۵).

کلید واژه‌ها: درمان گروهی، الگوی هافمن، نشانگان بالینی،نظم جویی، آتش نشانان

Abstract

The purpose of this study was Effect of cognitive behavioral group therapy based on Hofmann model on the reduction of clinical symptoms and improved cognitive emotional regulation firefighters in Alborz Province. This study was a quasi-experimental study That used the pretest - posttest with control group design. The sample included 24 employees, 12 Subjects in the experimental group and 12 Subjects in the control group were assigned randomly. Both groups were given a pre-test and The experimental group received cognitive behavioral group therapy (CBGT) in 10 sessions, While this intervention did not provide to the control group. For data collection was used cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ) and the revised list of psychiatric symptoms (SCL-90-R). Data analysis using multivariate analysis of covariance showed that the difference between the experimental and control groups in symptoms of depression ,anxiety, interpersonal sensitivity and psychosis were significant (P<0/05), But the difference was not significant between experimental and control groups in hypochondriasis, obsessive-compulsive, , aggressiveness and phobia (P<0/05). The difference between the experimental and control groups was significant in the positive refocusing components, positive reappraisal, focusing on reprogramming, acceptance, Perspective Taking, your blame, Catastrophizing . But the difference was not significant between experimental and control groups in rumination and blame other people (P <0/05).

Keywords: group therapy, Hofmann model, clinical symptoms, regulation, firefighters

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت :** مرداد ۹۶ **پذیرش:** دی ۹۶ **ویرایش نهایی**: اردیبهشت ۹۸

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]

مقدمه

یک توافق گسترده بین نهادهای عمومی از جمله سازمان بهداشت جهانی (WHO) و سازمان های بین المللی کار در زمینه ی اهمیت حفظ سلامتی، امنیت و بهزیستی کارکنان وجود دارد (بوراک[۱]، دورفل[۲]، کوگلر[۳] و بروم[۴]، ۲۰۱۶). در این میان ماهیت برخی مشاغل به گونه ای است که افراد شاغل در آن تحت فشار روانی زیادی قرار می گیرند (محمود پور، یزدان پناه، آسایش، قهرمانی و احمد بوکانی، ۱۳۹۳). مسئولان امداد رسانی، به ویژه آتش نشانان به خاطر شغلشان تحت تأثیر شرایط استرس زا و اتفاقات خطرناک فراوانی قرار دارند (هاروی[۵] و همکاران، ۲۰۱۵). مأموران آتش نشانی هر لحظه در حال آماده باش هستند تا حادثه ها به آن‌ها گزارش شود از طرفی کنترل خیلی پایینی بر کار خود دارند یعنی نمی توانند پیش‌بینی کنند که در یک روز خاص چه کارهایی را انجام خواهند داد و با چه رویدادهایی مواجه خواهند شد. در مورد هر حادثه ای که رخ می دهد، جمع زیادی از مردم تجمع می کنند و منتظر عملکرد مناسب آتش نشانان هستند همین انتظار مردم هم می تواند عاملی در استرس این افراد باشد (رحیمی، ۱۳۸۹). قرار داشتن در معرض این استرس ها به طور مداوم می تواند مشکلات زیادی را در سلامت روانی این افراد ایجاد کند (مک فارلین[۶] و برایانت[۷]، ۲۰۰۷). این فشارها و استرس ها می تواند طیف وسیعی از اختلالات از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلالات سازگاری، شکایت های جسمانی و سوء مصرف مواد را در آتش‌نشانان به دنبال داشته باشد (فارمر[۸] و همکاران، ۲۰۰۰؛ فیر[۹] و همکاران، ۲۰۱۰؛ کاندسن[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۳؛ میلکان[۱۱] و همکاران، ۲۰۰۷؛ سالیارد[۱۲]و همکاران، ۲۰۱۳).

در موقعیت هایی که آتش نشانان سازگاری موفقیت آمیزی با استرس ها نداشته باشند و توانایی تنظیم هیجاناتشان را نداشته باشند به احتمال بیشتری با حملات قلبی، سوء مصرف الکل و اضطراب بیشتری دچار می گردند (گیدوتی[۱۳]، ۲۰۱۵).تنظیم هیجان شکل خاصی از خود نظم بخشی است (تیس[۱۴] و برات لوسکی[۱۵]، ۲۰۰۰) و به عنوان فرآیندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش های هیجانی تعریف شده است (تامپسون[۱۶]، ۱۹۹۴) که در سطوح ناهشیار، نیمه هوشیار و هوشیار (مایر و سالوی[۱۷]، ۲۰۰۴) به کار گرفته می شود. گامفسکی[۱۸] و همکاران (۲۰۰۳)، نُه راهبرد شناختی را که افراد گوناگون برای تنظیم هیجان هایشان از آن بهره می برند را معرفی می کنند این راهبردها عبارتند از ملامت خویش، ملامت خویش، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، تمرکز مجدد مثبت، نشخوارگری، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری و فاجعه سازی. راهبردهای ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی به عنوان سبک‌های غیرسازگارانه درنظر گرفته می‌شوند. در مقابل راهبردهای پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی به عنوان سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه توصیف می‌شوند (گامفسکی و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین انجام مداخلاتی که به بهبود توانایی تنظیم هیجان و کاهش مشکلات روانی در این افراد بیانجامد حائز اهمیت است.

در دهه های اخیر، پیشرفت های قابل ملاحظه ای در درمان مشکلات هیجانی و خلقی به دست آمده است. بسیاری از این پیشرفت ها در زمینه ی نظریه شناختی و رفتاری حاصل شده است (کمپبل و بارلو[۱۹]، ۲۰۰۷). درمان شناختی رفتاری (CBT) از جمله مداخلاتی است

[1] Buruck
[2] Dörfel
[3] Kugler
[4] Brom
[5] Harvey
[6] McFarlane
[7] Bryant
[8] Farmer
[9] Fear
[10] Knudsen
[11] Milliken
[12] Salyards
[13] Guidotti
[14] Tice
[15] Bratslavsky
[16] Thompson
[17] Mayer & Salovey
[18] Garnefski
[19] Campbell & Barlow

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]

که حمایت های تجربی فراوانی در زمینه درمان انواع اختلالات روانی و هیجانی به دست آورده است (هافمن[1] و همکاران، ۲۰۱۲). درمان شناختی رفتاری (CBT) نوعی روان درمانی است که به طور گسترده ای در سرتاسر جهان به کار گرفته می شود (تاما، پیلسکی و مک کی[2]، ۲۰۱۵). درمان شناختی رفتاری یک رویکرد روان درمانی نوآورانه است که از زمان معرفی آن بیش از ۴۰ سال می گذرد؛ این رویکرد به طور مداوم توسعه یافته و به طور کلی، بسیار موفق بوده است (جانسون و فریبرگ[3]، ۲۰۱۵). درمان شناختی رفتاری به مجموعه مداخلاتی اطلاق می گردد که در این فرض اساسی که اختلالات روانی توسط عوامل یا فرایندهای شناختی استمرار پیدا می کنند، مشترکند (هافمن و همکاران، ۲۰۱۲). با این حال به اعتقاد هافمن (۲۰۱۱) درمان شناختی رفتاری نوین اشاره به مجموعه ای از مداخلات دارد که انواع تکنیک های شناختی، رفتاری و هیجان محور را ترکیب و تلفیق می کنند. اگرچه این راهبردها عمدتا بر عوامل شناختی تاکید می کنند اما مولفه های فیزیولوژیکی، هیجانی و رفتاری که در ایجاد و تداوم اختلالات نقش دارند نیز در نظر گرفته می شوند (هافمن و همکاران، ۲۰۱۲).

یکی از الگوهای جدید درمانی که در درمان شناختی رفتاری مطرح شده الگوی هافمن می باشد. در الگوی هافمن (۲۰۰۷) «خود» نقش بارزتری نسبت به الگوی پیشین دارد. تا جائیکه علاوه بر تکنیک های مواجهه با خود نیز استفاده می شود. نتایج پژوهش فراتحلیلی جانسون و همکاران (۲۰۱۵) نشان درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی اثربخش است و این درمان به عنوان درمان ضد افسردگی شناخته شده است. نتایج پژوهش گلدین و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد درمان شناختی رفتاری به بهبود اختلال اضطراب اجتماعی از طریق تاثیر بر واکنش های مغزی مرتبط با ارزیابی مجدد انتقاد اجتماعی می انجامد. آسکی جونز[4]، دیوید[5]، سیلبر[6]، شآو[7] و چالدر[8] (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری می تواند میزان اضطراب و افسردگی بیماران ا م اس را به طور معناداری کاهش دهد. نتایج پژوهش سیگل[9] و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی تاثیر گذار است. نتایج پژوهش فراتحلیلی بلتمن[10] و همکاران (۲۰۱۰) نشان گر اثربخشی بالای درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی و اضطراب می باشد. نتایج پژوهش فراتحلیلی آمسبرگ[11] و همکاران (۲۰۰۹) که جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلالات اضطرابی انجام شده است، نشانگر اثربخشی بالای درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی می باشد. هانت[12] و همکاران (۲۰۰۹) اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در کاهش اضطراب و افسردگی با استفاده از مهارتهای مقابله ای کارآمد و کاهش فاجعه انگاری درد و نشانه ها و علایم بیماری را گزارش کردند. اصغری (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داد، گروه‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن، نشانه‌های بالینی، سیستم بازداری رفتاری، راهبرد سازگارانه تمرکز مجدد مثبت، راهبرد ناسازگارانه ملامت خویشتن و نشخوار گری را در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی بهبود بخشید.

با عنایت به این که، شغل آتش نشانی با توجه به حساسیت بالای آن به افرادی کارآمد و دارای سلامتی و نشاط نیاز دارد تا بتواند به اهداف خود که نجات جان و مال مردم است دست یابد؛ توجه به سلامت روانی آنها حائز اهمیت است. لذا پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) مبتنی بر الگوی هافمن بر کاهش نشانگان بالینی و بهبود نظم جویی هیجانی- شناختی آتش نشانان استان البرز می باشد.

روش

پژوهش حاضر از نظر روش، نیمه آزمایشی محسوب می شود که برای اجرای آن از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه پژوهش شامل تمامی آتش نشانان شاغل در استان البرز در سال ۱۳۹۵ می باشد. نمونه این پژوهش شامل ۲۴ نفر از

[1] Hofmann
[2] Thoma, Pilecki & McKay
[3] Johnsen & Friborg
[4] Askey-Jones
[5] David
[6] Silber
[7] Shaw
[8] Chalder
[9] Siegle
[10] Beltman
[11] Amsberg
[12] Hunt

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]

کارکنان بود که ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل بصورت تصادفی جایگزین شدند. بعد از انتخاب افراد در دو گروه آزمایش و کنترل، دو پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجانی و فهرست تجدیدنظرشده علائم روانی به این دو گروه داده شد وهر دو گروه به پرسشنامه ها پاسخ دادند. سپس برای گروه آزمایش جلسات درمان گروهی شناختی - رفتاری (cbgt) مبتنی بر الگوی هافمن اجرا شد. برای گروه کنترل جلسات درمان تشکیل نشد. پس از اتمام این جلسات از دو گروه آزمایش و کنترل آزمون های نظم جویی شناختی هیجانی و فهرست تجدیدنظرشده علائم روانی گرفته شد. تعداد جلسات آموزشی ۱۰ جلسه بود. این جلسات هر هفته یک روز برای گروه آزمایش به مدت دو ساعت تشکیل می شد.

رئوس کلی درمان شناختی رفتاری براساس الگوی هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸)

محتوای جلسات به ترتیب زیر می باشد:

- جلسهٔ اول: ایجاد ارتباط و بحث دربارهٔ منطق درمان - تمرین خانگی.
- جلسه دوم: مرور تکلیف خانگی از هفته گذشته- مرور الگوی درمانی- مواجهه ضمن جلسه- ارائهٔ تمرین خانگی.
- جلسات سوم تا ششم: ساختار جلسه سوم تا ششم بسیار شبیه به جلسه دوم است؛ یعنی دربرگیرندهٔ مرور تکلیف خانگی از هفته گذشته- مواجهه درون جلسه و تمرین خانگی است.
- جلسهٔ هفتم الی آخر: طراحی مواجهه ی بدبیارانه واقعی در خارج از محیط گروه و بحثهای گروهی درباره این مواجهه در درون جلسه. طراحی یک جلسه برای نشان دادن جلوگیری از بازگشت و معرفی آن در مرورتکلیف خانگی.
- جلسه آخر: بستن گروه- بحث از آنچه که یاد گرفته شده و خلاصه کردن پیشروی هر عضو گروه- تأکید بر کارکرد مستقل و مهارتهای مثبتی که هر فرد یاد گرفته است (هافمن و اوتو، ۲۰۰۸).

ابزار پژوهش

پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ): این مقیاس توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه‌ی انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) دارای پایه‌ی تجربی و نظری محکمی بوده و از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه‌ی نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است (گارنفسکی، کرایج، اسپینهاون، ۲۰۰۱). اعتبار زیر مقیاسهای نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان بر اساس روشهای همسانی درونی ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (حسنی و همکاران، ۱۳۸۷).

فهرست تجدیدنظرشده علائم روانی (SCL-90-R) فرم اولیهٔ این پرسشنامه را دراگوتیس، لیپمن و کوری (۱۹۷۳؛ به نقل از زکی یی و کرمی، ۱۳۹۱) برای نشان دادن جنبه‌های روان شناختی بیماران جسمانی و روانی طرح‌ریزی کرده‌اند. دراگوتیس و همکاران در سال ۱۹۸۴ پرسشنامه مذکور را مورد تجدیدنظر قرار داده و فرم نهایی آن را به نام فهرست تجدیدنظرشده علائم روانی (scl-90-R) منتشر کردند. پایایی آزمون با روش بازآزمایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است؛ در ایران این آزمون را میرزایی (۱۳۵۹) و باقری در میان ۲۵۰۰ نفر آزمودنی اجرا شده است و پایایی مقیاس‌ها بیش‌تر از ۰/۸۰ گزارش شده است (زکی یی، ۱۳۹۱).

روش تحلیل اطلاعات

برای تحلیل داده‌های توصیفی از روش‌های آمار توصیفی از قبیل میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و برای تحلیل داده‌های استنباطی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته ها

در جدول ۱ شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی نمره های نشانگان بالینی در گروه های پژوهش (آزمایشی و کنترل) و دو نوبت اجرای آزمون (پیش آزمون و پس آزمون) ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نشانگان بالینی در دو گروه کنترل و آزمایش پیش و پس از مداخله

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودبیمارانگاری	آزمایش	۱۹/۸۳	۵/۶۵	۱۸/۵۸	۳/۳۹
	کنترل	۱۸/۱۶	۵/۸۱	۱۷/۴۱	۴/۹۰
وسواس	آزمایش	۹/۵۰	۲/۱۵	۷/۷۵	۲/۲۲
	کنترل	۹/۳۳	۲/۴۲	۸/۹۱	۱/۹۲
حساسیت بین فردی	آزمایش	۲۰/۹۱	۸/۴۱	۱۶/۵۰	۳/۶۰
	کنترل	۲۲/۹۱	۷/۸۴	۲۲/۶۶	۵/۸۳
افسردگی	آزمایش	۲۸/۰۸	۴/۳۹	۱۹/۰۸	۵/۱۹
	کنترل	۲۷/۰۸	۹/۳۰	۲۷/۶۶	۶/۷۴
اضطراب	آزمایش	۹	۲/۱۳	۲/۱۶	۱/۹۹
	کنترل	۹/۰۸	۲/۶۴	۸/۹۱	۱/۹۲
پرخاشگری	آزمایش	۱۸/۹۱	۵/۷۹	۱۵/۴۱	۴/۶۴
	کنترل	۱۸/۴۱	۴/۹۶	۱۷/۶۶	۱۷/۶۶
فوبیا	آزمایش	۸/۶۶	۱/۶۱	۷	۱/۳۴
	کنترل	۷	۱/۳۴	۹/۱۶	۱/۶۱
پارانویا	آزمایش	۱۸	۵/۹۲	۱۷/۹۱	۳/۲۳
	کنترل	۲۲/۹۱	۷/۸۷	۲۲/۶۶	۵/۸۵
روان پریش	آزمایش	۸/۶۶	۲/۲۶	۴/۶۶	۲/۲۲
	کنترل	۹/۱۶	۱/۸۵	۸/۰۸	۱/۶۲

جدول ۲-نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشانگان بالینی

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	نسبت F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۰	۹	۵	۵/۰۱	۰/۰۴
لامبدای ویلکز	۰/۱۰	۹	۵	۵/۰۱	۰/۰۴
اثر هاتلینک	۹/۰۲	۹	۵	۵/۰۱	۰/۰۴
بزرگترین ریشه روی	۹/۰۲	۹	۵	۵/۰۱	۰/۰۴

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره که در جدول ۲ آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از نشانگان بالینی تفاوت معناداری دارند (P<۰/۰۵). به منظور پی بردن به این تفاوت از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده که نتایج آن در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۳-آثار بین آزمودنی ها در ابعاد نشانگان بالینی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
خودبیمارانگاری	۱۱/۸۰	۱	۱۱/۸۰	۱/۱۲	۰/۳۰
وسواس	۷/۶۹	۱	۷/۶۹	۱/۱۲	۰/۲۰
حساسیت بین فردی	۱۵۱/۴۷	۱	۱۵۱/۴۷	۷/۶۵	۰/۰۱
افسردگی	۲۶۳/۳۷	۱	۲۶۳/۳۷	۱۰/۱۸	۰/۰۰۷
اضطراب	۱۰۵/۱۷	۱	۱۰۵/۱۷	۲۳/۵۵	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۲/۹۳	۱	۲/۹۳	۰/۵۰	۰/۴۸
فوبیا	۴/۷۶	۱	۴/۷۶	۰/۹۱	۰/۳۵
پارانویا	۵۷/۹۷	۱	۵۷/۹۷	۲/۵۲	۰/۱۳
روان پریش	۲۵/۲۹	۱	۲۵/۲۹	۵/۳۲	۰/۰۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]

در جدول ۳ آثار بین آزمودنی ها در ابعاد نشانگان بالینی ارائه شده است. همچنان که نتایج نشان می دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای همپراش (کمکی): تفاوت بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در نشانگان افسردگی، اضطراب، روان پریشی و حساسیت بین فردی در سطح P< ۰/۰۵ معنی دار است؛ اما تفاوت بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در خودبیمارانگاری، وسواس ، پرخاشگری و فوبیا سطح P< ۰/۰۵ معنی دار نیست. این بدین معناست که درمان گروهی شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن منجر به کاهش روان پریشی ، حساسیت بین فردی ، افسردگی و اضطراب شده است؛ اما این روش درمانی بر نشانگان خودبیمارانگاری، وسواس، پرخاشگری و فوبیا تاثیر معناداری نداشته است.

در جدول ۴ شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی نمره های راهبردهای نظم جویی هیجانی شناختی در گروه های پژوهش (آزمایشی و کنترل) و دو نوبت اجرای آزمون (پیش آزمون و پس آزمون) ارائه شده است.

جدول ۴-میانگین و انحراف معیار راهبردهای نظم جویی هیجانی شناختی در دو گروه کنترل و آزمایش پیش و پس از مداخله

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	۷/۶۶	۳/۱۱	۱۳/۰۸	۳/۱۱
	کنترل	۱۰/۲۵	۳/۰۴	۱۰/۹۱	۲/۶۰
ارزیابی مجدد مثبت	آزمایش	۷/۵۰	۱/۷۳	۱۵/۱۶	۲/۲۸
	کنترل	۹/۹۱	۳/۳۹	۹/۴۱	۳/۰۸
تمرکز بر برنامه ریزی مجدد	آزمایش	۱۱/۹۱	۲/۲۳	۱۶/۵۰	۳/۴۵
	کنترل	۱۲/۸۳	۲/۲۰	۱۳/۴۱	۲/۱۰
پذیرش	آزمایش	۷/۵۰	۲/۱۱	۱۳/۰۸	۲/۲۷
	کنترل	۱۰/۶۶	۳/۴۲	۱۱/۱۶	۳/۴۵
دیدگاه گیری	آزمایش	۷/۱۶	۲/۱۶	۱۲/۷۵	۲
	کنترل	۱۰/۸۳	۴/۰۱	۱۱/۶۶	۴/۶۱
ملامت خویش	آزمایش	۱۲/۰۸	۳/۹۱	۷/۶۶	۲/۸۷
	کنترل	۱۰/۵۸	۲/۳۵	۱۰	۲/۳۷
نشخوارگری	آزمایش	۹/۵۰	۱/۹۷	۵/۱۶	۱/۶۴
	کنترل	۸	۱/۷۰	۸/۰۸	۱/۱۶
فاجعه سازی	آزمایش	۹	۱/۷۰	۵/۷۵	۱/۷۶
	کنترل	۸/۱۶	۱/۸۵	۸/۵۰	۱/۵۶
ملامت دیگران	آزمایش	۹/۰۸	۱/۵۶	۷/۳۳	۲/۴۶
	کنترل	۷/۲۵	۱/۹۱	۶/۸۳	۲/۱۶

جدول ۵-نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره راهبردهای نظم جویی هیجانی شناختی

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	نسبت F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۴	۹	۵	۹/۸۲	۰/۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۹	۵	۹/۸۲	۰/۰۱
اثر هاتلینک	۱۷/۶۸	۹	۵	۹/۸۲	۰/۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۷/۶۸	۹	۵	۹/۸۲	۰/۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره که در جدول ۵ آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از راهبردهای نظم جویی هیجانی شناختی تفاوت معناداری دارند (P<۰/۰۵). به منظور پی بردن به این تفاوت از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده که نتایج آن در جدول ۶ ارایه شده است.

جدول ۶-آثار بین آزمودنی ها در راهبرد های نظم جویی هیجانی شناختی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
تمرکز مجدد مثبت	۲۴/۰۷	۱	۲۴/۰۷	۸/۵۵	۰/۰۱
ارزیابی مجدد مثبت	۷۷/۳۲	۱	۷۷/۳۲	۲۱/۱۰	۰/۰۰۱
تمرکز بر برنامه ریزی مجدد	۳۶/۷۶	۱	۳۶/۷۶	۵/۶۹	۰/۰۳
پذیرش	۵۵/۸۲	۱	۵۵/۸۲	۱۴/۰۱	۰/۰۰۲
دیدگاه گیری	۳۸/۷۲	۱	۳۸/۷۲	۵/۹۲	۰/۰۳
ملامت خویش	۲۷/۲۲	۱	۲۷/۲۲	۹/۸۳	۰/۰۰۸
نوشخوارگری	۰/۴۷	۱	۰/۴۷	۰/۲۱	۰/۶۴
فاجعه سازی	۲۱/۶۷	۱	۲۱/۶۷	۷/۱۴	۰,۰۱
ملامت دیگران	۵/۹۶	۱	۵/۹۶	۲/۵۷	۰/۱۳

در جدول ۶ آثار بین آزمودنی ها در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی ارائه شده است. همچنان که نتایج نشان می دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای همپراش (کمکی): تفاوت بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مولفه تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه ریزی مجدد، پذیرش، دیدگاه گیری، ملامت خویش، فاجعه سازی در سطح (P< ۰/۰۵) معنی دار است؛ اما تفاوت بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در نشخوار گری و ملامت دیگران سطح (P< ۰/۰۵) معنی دار نیست. این بدین معناست که درمان گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) منجر به کاهش راهبردهای ناسازگارانه ملامت خویش، فاجعه سازی و ملامت دیگران و افزایش راهبردهای سازگارانه تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه ریزی مجدد، پذیرش، دیدگاه گیری شده است؛ اما این روش درمانی بر نشخوار گری و ملامت دیگران تاثیر معناداری نداشته است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) مبتنی بر الگوی هافمن بر کاهش نشانگان بالینی و بهبود نظم جویی هیجانی- شناختی آتش نشانان استان البرز انجام شد. نتایج نشان داد، درمان گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) مبتنی بر الگوی هافمن منجر به کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و روانپریشی شده است؛ اما این روش درمانی بر نشانگان خودبیمارانگاری، وسواس، پرخاشگری و فوبیا تاثیر معناداری نداشته است. این یافته با نتایج پژوهش های گلدین و همکاران (۲۰۱۴)، کاتر، تک، برآدبورن، کوپر، ایساک و هاوز (۲۰۱۴)، آسکی جونز، دیوید، سیلبر، شآو و چالدر (۲۰۱۳)، سیگل و همکاران (۲۰۱۱) و هانت و همکاران (۲۰۰۹) که از تاثیر درمان CBT بر افسردگی و اضطراب حمایت می کنند، همسوست. در زمینه دلایل احتمالی تأثیر درمان گروهی شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی آتش نشانان می توان گفت درمان شناختی- رفتاری منجر به بالا رفتن افکار مثبت و یالابردن میزان ساز گاری افراد می گردد درمان شناختی رفتاری از طریق بازسازی و اصلاح افکار تحریف شده سبب کاهش افسردگی می شود (هیبس، ۲۰۰۴). افزون بر این، در الگوی هافمن بر کاهش توجه منفی متمرکز بر خود و خود ادراکی منفی تاکید می شود (هافمن و همکاران، ۲۰۰۴) که این امر می تواند سبب کاهش افسردگی فرد شود. همچنین، تکنیک های شناختی به افراد یاد می دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آنها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. این تکنیک ها به مراجعان کمک می کند که تفسیرها و برداشت های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه های جدیدی را ایجاد کنند (شولز، گوتو و راپاروت، ۲۰۰۵). بعلاوه، الگوی هافمن که تمرکز بیشتری به درمان اضطراب اجتماعی دارد و می توان آن را «الگوی جامع و خاص اختلال اضطراب اجتماعی» دانست (عطری فرد و همکاران،۱۳۹۱)، بنابراین تاثیر این درمان در کاهش اضطراب آتش نشانان دور از انتظار نبود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]

نتایج نشان داد، درمان گروهی شناختی - رفتاری (CBGT) مبتنی بر الگوی هافمن منجر به کاهش راهبردهای ناسازگارانه ملامت خویش، فاجعه سازی و ملامت دیگران و افزایش راهبردهای سازگارانه تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه ریزی مجدد، پذیرش، دیدگاه گیری شده است؛ اما این روش درمانی بر نوشخوار گری و ملامت دیگران تاثیر معناداری نداشته است. این یافته با نتایج پژوهش اصغری (۱۳۹۳) همخوانی دارد. در مورد اثربخشی روش شناختی رفتاری می توان به پژوهش های مختلف روانشناختی اشاره داشت که در آنها عنوان شده است که استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار در موقعیت تنش زا و هیجان های منفی عامل مهمی در ارتقاء سلامت جسمی و روانی است؛ بنابراین استفاده افراد از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار با افزایش اضطراب و افسردگی در ارتباط است؛ اما استفاده از راهکرهای تنظیم سازگار مانند پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و کنارامدن با دیدگاه بر عملکرد اجتماعی فرد تاثیر مثبت خواهد داشت و موجب بازسازی شناختی مساله و در نتیجه ارتقاء سلامت روان خواهد شد و از آنجا که روش شناختی رفتاری، افکار منفی همچون مقصر دانستن خود و سرزنش خود را مورد چالش قرار می دهد و افکار منطقی از ارزیابی مجدد مثبت جایگزین می کند و در این روش از افراد خواسته می شود که بر این امر تاکید و آن را مورد تمرین و تعمیق قرار دهند؛ بنابراین روش شناختی رفتاری می تواند در بهبود تنظیم شناختی هیجان تاثیر معناداری داشته باشد (گارنفسکی، کاراج و اسپینهاون،۲۰۰۱). در الگوی هافمن ضمن استفاده از بازسازی شناختی غیرمستقیم و مواجهه با موقعیت، به منظور اصلاح خود- ادراکی منفی از فن های خاصی نیز استفاده می شود؛ که این فنون می تواند علاوه بر اضطراب اجتماعی، راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجانی را بهبود بخشد و راهبردهای ناسازگارانه را کاهش دهد (اصغری، ۱۳۹۴). پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی بوده است؛ که در ادامه به آنها اشاره می گردد: اجرای تحقیق بر روی نمونه در دسترس از جمله محدودیت های مطالعه ی حاضر به شمار می رود. عدم اجرای مرحله‌ی پیگیری هم یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین، بررسی‌هایی با حجم نمونه بیشتر و فراگیرتر توصیه می‌شود. همچنین تا حد امکان مطالعات پیگیری نیز برای بررسی تداوم تأثیرات مداخله انجام پذیرد.

منابع

اصغری، پروانه. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن بر کاهش نشانه‌ها و بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی و سیستم‌های مغزی رفتاری افراد مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

حسنی، جعفر، آزاد فلاح، پرویز، رسول زاده طباطبایی، سید کاظم، عشایری، حسن. (۱۳۸۷). بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس ابعاد روان نژندی گرایی و برون گرایی. *تازه های علوم شناختی*، ۴، ۱-۱۳.

رحیمی، محمد علی. (۱۳۸۹). رابطه منابع و شدت استرس شغلی با فرسودگی شغلی و سلامت روان مأموران آتشنشانی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

زکی یی، علی(۱۳۹۱). رابطهٔالکسی تیمیا، باورهای غیر منطقی، عاطفه منفی و عاطفهٔ مثبت اختلالات روانی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی کرمانشاه.

عطری فرد، مهدیه، شعیری، محمدرضا، رسول زاده طباطبائی، کاظم، جان بزرگ، مسعود، آزاد فلاح، پرویز، بانوپور، ابوالفضل. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی ۹. ۲۳.

محمودپور، عبدالباسط، یزدان پناه، محمدعلی، آسایش، محمد حسن، قهرمانی، سمانه و احمد بوکانی، سلیمان. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاور های بر میزان عزت نفس، هوش هیجانی و بهزیستی روان شناختی پرستاران بیمارستانهای علوم پزشکی تهران. سلامت جامعه،۳، ۵۵-۶۳.

Amsberg, S, Anderbro, T, Wredling, R, Lisspers, J, Lins, P. E, Adamson, U, & Johansson, U. B. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients—a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, *77*(1), 72-80.

Askey-Jones, S, David, A. S, Silber, E, Shaw, P, & Chalder, T. (2013). Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with multiple sclerosis: a bench marking study. *Behaviour research and therapy*, *51*(10), 648-655.

Beltman, M. W, Voshaar, R. C. O, & Speckens, A. E. (2010). Cognitive–behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British journal of psychiatry*, *197*(1), 11-19.

Buruck, G, Dörfel, D, Kugler, J, & Brom, S. S. (2016). Enhancing Well-Being at Work: The Role of Emotion Regulation Skills as Personal Resources. *Journal of occupational health psychology*.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]

Campbell, L. & Barlow, D. H. (2007). Incorporation Emotion Regulation into Coceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In. JJ. Gross(Ed.), Hndbook of Emotion Regulation(pp. 542-559). NEW YORK: Guilford Press

Farmer, A, Harris, T, Redman, K, Sadler, S, Mahmood, A, & McGUFFIN, P. E. T. E. R. (2000). Cardiff depression study. *The British Journal of Psychiatry*, *176*(2), 150-155.

Fear, N. T, Jones, M, Murphy, D, Hull, L, Iversen, A. C, Coker, B, ... & Greenberg, N. (2010). What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. *The Lancet*, *375*(9728), 1783-1797.

Garnefski, N, Boon, S, Kraaj, V. (2003). Relationship between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology Across Different Types of Life Events. *Journal Youth Adolescent*, 32(6), 401-408.

Garnefski, N, Kraaij, V, & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, *30*(8), 1311-1327.

Garnefski, N, Kraaij, V, & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality andIndividual Differences*, *30*, 1311-1327.

Goldin, P. R, Ziv, M, Jazaieri, H, Weeks, J, Heimberg, R. G, & Gross, J. J. (2014). Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural bases of emotional reactivity to and regulation of social evaluation. *Behaviour research and therapy*, *62*, 97-106.

Gross JJ. (2007*). Handbook of emotion regulation*. New York:Guilford Press.

Guidotti, T. L. (2015). *Health Risks and Fair Compensation in the Fire Service*. Springer International Publishing.

Harvey, S. B, Milligan-Saville, J. S, Paterson, H. M, Harkness, E. L, Marsh, A. M, Dobson, M, ... & Bryant, R. A. (2015). The mental health of fire-fighters: An examination of the impact of repeated trauma exposure. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 0004867415615217.

Hibbs, E. D, & Jensen, P. S. (1996). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. American Psychological Association.

Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. Cognitive Behaviour Therapy, 36, 193–209.

Hofmann, S. G. (2011). *An introduction to modern CBT: Psychological solutions to mental health problems*. John Wiley & Sons.

Hofmann, S. G, Asnaani, A, Vonk, I. J. J, Sawyer, A. T, & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36,* 427–440. http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Hunt, M. G, Moshier, S, & Milonova, M. (2009). Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, *47*(9), 797-802.

Johnsen, T. J, & Friborg, O. (2015, May 11). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/bul0000015

Knudsen, A. K, Harvey, S. B, Mykletun, A, & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(4), 287-297.

Mayer, J. D, Salovey, P, Caruso, D. (2004).Emotional intelligence: Theory, findings, and implications", Psychological Inquiry. 15, 197–215.

McFarlane, A. C, & Bryant, R. A. (2007). Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk. *Occupational Medicine*, *57*(6), 404-410.

Milliken, C. S, Auchterlonie, J. L, & Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *Jama*, *298*(18), 2141-2148.

Salyards, G. W, Blas-Machado, U, Mishra, S, Harvey, S. B, & Butler, A. M. (2013). Spontaneous osteoblastic osteosarcoma in a Mongolian gerbil (Meriones unguiculatus). *Comparative medicine*, *63*(1), 62-66.

Schulz, J, Gotto, J. G, & Rapaport, M. H. (2005). The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. *Primary psychiatry*, *12*(11), 58.

Siegle, G, Steinhauer, S, Friedman, E, Thompson, W, & Thase, M. (2011). Remission Prognosis for cognitive therapy for Recurrent Depression Using the Pupil: Utility and Neural Correlates. *Biological Psychiatry*: 69(8), 726-733.

Thoma, N, Pilecki, B, & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic psychiatry*, *43*(3), 423-461.

Thompson, R. A. (1994). Emotional regulation: a theme in search fordefinition. In N. A. Fox, The Development of Emotion Regulation:Behaioral and Biological Considerations.Monographs of the fucietyfor Research in Child Development, 59, 25-52.

Tice, D. M, & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. Psychological Inquiry, 11, 149-159.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.10.4]