



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

زمان چاپ: ۱۴۰۱/۰۶/۲۰

بررسی اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری بر میزان استرس تحصیلی دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی دوم شهرستان شوش دانیال

امین زارعی^۱، مهران طرفی^۲، فاطمه اتابکی^۳

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان / آموزش و پرورش شوش، ایران.

۲- دبیر آموزش و پرورش تهران، ایران.

۳- آموزگار آموزش و پرورش تهران، ایران.

پست الکترونیکی: amynzary429@gmail.com

چکیده

سطح استرس دانش آموزان در مدارس ابتدایی با سرعت نگران کننده ای در حال افزایش است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر میزان استرس تحصیلی دانش آموزان مقطع ابتدایی دوم در شهرستان شوش بود. این پژوهش در قالب یک طرح پژوهشی نیمه تجربی از نوع دو گروهی، همراه با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه، انجام گرفت. جامعه ی آماری پژوهش، کلیه ی دانش آموزان پسر ابتدایی مقطع دوم شهرستان شوش دانیال بودند، که در سال تحصیلی ۴۰۰-۴۰۱ در پایه های چهارم و پنجم و ششم اشتغال به تحصیل داشتند. نمونه گیری به شیوه ی کاملاً تصادفی انجام گرفت و به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شد. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه ی استرس تحصیلی دانش آموزان (ESSP) بود. نتایج تحلیل کوواریانس در مراحل پس آزمون و پیگیری نشان داد که در مجموع آموزش شناختی رفتاری بر میزان استرس تحصیلی تاثیر دارد. این تاثیر در جهت کاهش معنی دار سطح استرس تحصیلی دانش آموزان گروه آزمایشی در مقایسه با دانش آموزان گروه گواه بدون آموزش در مراحل پس آزمون و پیگیری بود ($P < 0.05$).

کلید واژه ها: درمان شناختی رفتاری، استرس تحصیلی، مقطع ابتدایی.

مقدمه و بیان مسأله

متأسفانه در حال حاضر سطح استرس دانش آموزان مقاطع ابتدایی و متوسطه با سرعت هشدار دهنده ای در حال افزایش است. استرس را می توان به عنوان یک وضعیت پویا در نظر گرفت که در آن یک دانش آموز با یک فرصت، محدودیت، فشار، فکر،



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



فوریت یا تنش فیزیکی، یا تقاضای مرتبط با نتایج درک شده، قطعی و نامطمئن مواجه می شود (سورنسون، ۲۰۰۷). علائم استرس ممکن است شامل بیماری های مکرر، تنش عصبی و تحریفهای شناختی باشد. علائم استرس ممکن است به دو صورت بیان شود: حالت مزاحم که با افکار و احساسات ناخواسته و حتی اعمال اجباری مشخص می شود و حالت انکار که با بی حسی عاطفی و کاهش ایده پردازی مشخص می شود (هورویتر، ۱۹۸۶). مطالعات قبلی تأیید کرده اند که دانش آموزان بیش از سایر مسائل زندگی، استرس را تجربه می کنند (Igbokwe et al., 2019). شواهدی وجود دارد که کودکان استرس را تجربه می کنند و علائم متفاوتی از خود نشان می دهند (بروبک و همکاران، ۲۰۰۷). مطالعات بیشتر تأیید کرده که ناتوانی دانش آموز در سازگاری با استرس می تواند منجر به شروع بیماری قلبی، افسردگی، اختلالات ایمنی، دیابت و حتی اختلال عملکرد جنسی بعدی شود (فلمن و همکاران، ۲۰۰۷؛ سورنسون، ۲۰۰۷). برخی از نظامهای دبستانی ممکن است فرهنگی ایجاد کنند که مشخصه ی آن تنش، استرس و اضطراب است. که ممکن است با اعمال کنترل های بسیار سخت، استانداردهای متمرکز بر افزایش پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با تأکید بر اصلاح و بهبود مستمر نمرات، با ایجاد ماتریسی از انتظارات بیش از حد بالا و با ایجاد برنامه های آموزشی فوق العاده سخت، فشارهای غیرواقعی را برای اجرا و دست یابی، ایجاد کند (سورنسون، ۲۰۰۷). به گفته بک، استرس ممکن است از یادگیری ناقص، فرضیه های غیرواقعی و رفتار مطابق اطلاعات ناکافی یا نادرست ناشی شود. اینها باورها و فرضیات نادرستی را ایجاد کردند که ممکن است منجر به تفکر نادرست و رفتارهای خودشکن شود که باعث استرس می شود. تحقیقات ثابت کرده است که درمان شناختی رفتاری اقدامات روانشناختی موثری برای درمان بیشتر مسائل روانشناختی از جمله استرس است (دیوید و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی رفتاری معتقد است که هر فردی طرح واره ای به شکل نقشه ای دارد که توسط آن تجربیات خود را تفسیر می کند. به نظر اورباخ (۲۰۰۶)، طرح واره یک فرد ممکن است مناسب یا نامناسب باشد. ممکن است زمانی مفید بوده باشد اما اکنون از مفید بودنش گذشته است. به همین خاطر یک برنامه رفتار درمانی شناختی برای کمک به افراد برای شناسایی طرحواره ها طراحی می شود، تا آنها را درک کند. از طریق آموزش، افراد می توانند در صورت لزوم، طرحواره خود را تغییر دهند تا رفتارهای کارآمد مطابق با اهداف و نیازهای فعلی خود را، انتخاب کنند (Auerbach, 2006). بر اساس یافته های قبلی، درمان شناختی رفتاری برای درمان اختلالات بالینی سلامت روان، از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات خوردن، سندرم خستگی مزمن و اختلال وسواس فکری اجباری مؤثر است (بیسون آل، ۲۰۰۷؛ کلارک، ۲۰۱۱؛ پالمر و همکاران، ۲۰۰۸؛ استین و همکاران، ۲۰۰۶). این مطالعات مشخص میکنند، درمان شناختی رفتاری به نظر می رسد یک رویکرد بالینی مؤثر برای کاهش استرس باشد، زیرا به نظر می رسد که باورهای غیرمنطقی به استرس کمک می کند (لازاروس، ۱۹۶۶؛ اوگبوانیا و همکاران، ۲۰۱۷). درمان شناختی رفتاری مزایای بی شماری نسبت به سایر درمان های کاهش استرس دارد. این رویکرد، سریعترین روش درمانی برای به دست آوردن نتایج فوری است. در مقایسه با سایر انواع درمان کوتاه مدت تر است. علاوه بر این، درمان شناختی رفتاری معتقد است که احساسات و رفتارهای افراد ناشی از افکار آنهاست و نه محرک های بیرونی. بنابراین، درمان شناختی رفتاری بر خلاف سایر درمان های کاهش استرس (مثلاً: تحلیل روانی) درمان هدف محور، عینی و مبتنی بر راه حل است. همچنین، درمان شناختی رفتاری سودمند است زیرا عینی است و به جای تحلیل گذشته نگر ذهن، بر زمان حال و اکنون تمرکز دارد (بک و همکاران، ۲۰۰۹؛ شنور و همکاران، ۲۰۰۷). مزیت درمان شناختی رفتاری نسبت به سایر روش های درمانی این است که به افراد کمک می کند تا فرآیندهای فکری مرتبط با استرس خود را تغییر دهند (میلر و همکاران، ۱۹۸۳). با



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



توجه به استرس، درمان شناختی رفتاری نشان می‌دهد که موقعیت‌های زندگی عمدتاً به دلیل آنچه افراد فکر می‌کنند و به آن اعتقاد دارند، استرس‌زا به نظر می‌رسند (Ogbuanya et al., 2017). بر خلاف سایر درمان‌های استرس، افراد در درمان شناختی رفتاری آموزش می‌بینند تا در مورد موقعیت‌های استرس‌زا مثبت‌تر فکر کنند و زندگی بدون استرس داشته باشند. علیرغم اثربخشی درمان شناختی رفتاری مطالعه چندانی با استفاده از درمان شناختی رفتاری برای کاهش استرس در بین دانش‌آموزان آموزش ابتدایی در موسسات آموزش ابتدایی کشور انجام نشده است. اعتقاد بر این است که درمانی که بر شناخت، تفکر، عواطف و رفتار متمرکز است، مانند درمان شناختی رفتاری، ممکن است تأثیر کافی بر استرس‌ورهای دانش‌آموزان آموزش ابتدایی داشته باشد. در این راستا، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر میزان استرس در دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی دوم مدارس شوش است. بر این اساس، فرض بر این است که آموزش شناختی رفتاری منجر به تغییر میزان استرس در دانش‌آموزان ابتدایی می‌شود که در معرض یک دوره مداخله آموزشی درمانی شناختی رفتاری قرار می‌گیرند، در مقایسه با گروه گواه بدون آموزش.

روش پژوهش، جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش مورد استفاده، نیمه تجربی از نوع دو گروهی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی دوم مدارس دولتی در شهرستان شوش بودند که در سال تحصیلی ۴۰۱-۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. ابتدا از بین همه‌ی مدارس دولتی پسرانه دوره‌ی دوم، شش مدرسه بصورت کاملاً تصادفی انتخاب شد. تعداد کل دانش‌آموزان، ۳۹۳ نفر، با میانگین سنی ۱۰/۹ بود. آنگاه پرسشنامه‌ی استرس تحصیلی دانش‌آموزان (ESSP) بین دانش‌آموزان این مدارس توزیع گردید و پس از گردآوری پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری آنها، دانش‌آموزانی که نمره‌ی بالاتر از ۲۷ کسب کرده بودند [نمره‌ی ۲۷ به عنوان نمره برش پرسشنامه انتخاب شده بود]، به عنوان کودکان با استرس تحصیلی بالا انتخاب شدند. تعداد این دانش‌آموزان ۹۴ نفر بود. در مرحله‌ی آخر از بین این تعداد دانش‌آموز، ۴۰ نفر به عنوان نمونه‌ی پژوهش، به صورت تصادفی انتخاب شدند و بر اساس گمارش تصادفی به دو گروه مساوی ۲۰ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. ملاکهای ورود عبارت بودند از: ۱- فقدان علایم بالینی و روانپزشکی (این دانش‌آموزان غیر از استرس مرتبط با تحصیل، هیچ مشکل روانشناختی و جسمانی نداشتند). ۲- دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال. ۳- دانش‌آموزان پسر سوم تا ششم ابتدایی. کفایت حجم نمونه با توجه به توان آماری مشخص شد. گروه آزمایشی طی ده جلسه آموزش شناختی - رفتاری بر اساس جلسات آموزشی کتاب کار مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری مایکل آنتونی، گیل ایرونسون و نیل اشناپدرمن در یافت کرد. این آموزش در یازده جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. در پایان پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. و پس از دوره‌ی دو ماهه پیگیری بار دیگر پاسخ دادن به پرسشنامه در هر دو گروه اجرا شد. اجرای آموزش توسط کارشناس ارشد روانشناسی که دوره‌های تخصصی درمان شناختی رفتاری را سپری کرده بود انجام گرفت. ملاحظات اخلاقی حکم می‌کرد گروه بدون درمان در پایان تحقیق دوره‌ی آموزشی درمانی دریافت کند که این امر محقق شد. همچنین شرکت در پژوهش با رضایت دانش‌آموز و والدین و اولیای تربیتی مدرسه صورت گرفت.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



ابزار پژوهش

پرسشنامه ی استرس تحصیلی دانش آموزان (ESSP): پرسشنامه ی استرس تحصیلی دانش آموزان استفاده شده در تحقیق توسط سان و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شده است. این ابزار دارای ۱۶ گویه است که در مقیاس ۴ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره گذاری شده است. نمرات بالاتر به معنی استرس بالاتر محسوب میشود و بالعکس. با استفاده از یک نمونه ی ۲۵ نفری آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای آزمون بدست آمد.

روش مداخله: برنامه آموزشی بکار گرفته شده در پژوهش شامل مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۷) شامل یازده جلسه ۹۰ دقیقه ای طی چهار ماه در گروه آزمایشی اجرا شد: بطور کلی هر جلسه از دو بخش تشکیل می شود. بخش اول آموزش آرمیدگی و تمرین تکنیکهای آرمیدگی را در بر داشت و بخش دوم به آموزش تکنیکهای شناختی- رفتاری پرداخته که با مسائل مربوط به سلامت روان و بهزیستی دانش آموزان مرتبط است. خلاصه جلسات در ادامه به این شرح است:

جلسه اول: معارفه و آشنایی، بیان اصول و اطلاعات کلی برنامه، تاکید بر رازداری و حضور.

جلسه دوم: شرح استرسورها و چگونگی پاسخ به آنها، آگاهی از تاثیرات جسمی و پیامدهای احتمالی آن بر سلامت - آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه عضلات.

جلسه سوم: استرس و آگاهی از تاثیر استرس بر هیجان - آرمیدگی عضلانی برای ۸ گروه عضلات.

جلسه چهارم: شرح ارتباط افکار و هیجانات، تنفس دیافراگمی، تصویرسازی و آرمیدگی عضلانی برای ۴ گروه عضلات.

جلسه پنجم: شناسایی تفکر منفی و تحریفات شناختی و راهکارهای به چالش کشیدن آنها. تنفس، تصویر سازی و آرمیدگی عضلانی منفعل.

جلسه ششم: جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی و آموزش خودزاد برای احساس سنگینی و گرما.

جلسه هفتم: آموزش مقابله کارآمد و آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی.

جلسه هشتم: اجرای پاسخهای مقابله کارآمد و آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خود القایی.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

جلسه نهم: آموزش مدیریت خشم و مراقبه مانترا.

جلسه دهم: آموزش جرات ورزی و ابراز وجود در روابط بین فردی، مراقبه ی شمارش تنفس.

جلسه یازدهم: شرح حمایت اجتماعی و آموزش تکنیکهای حفظ و گسترش شبکه اجتماعی. مرور کلی برنامه و ایجاد برنامه مدیریت استرس شخصی.

روش اجرا: روند ارائه مطالب در هر جلسه به این شکل بود که ابتدا از مطالب جلسه قبل بازخورد دریافت می شد، سپس مطالب آموزشی همان جلسه ارائه می شد و در پایان خلاصه و جمع بندی مطالب به کمک دانش آموزان انجام میگرفت. پس از پایان دوره آموزشی مطابق برنامه زمانی پس آزمون و پیگیری جهت تعیین میزان استرس تحصیلی در هر دو گروه اجرا شد.

تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش ضمن محاسبه ی میانگین، انحراف استاندارد و واریانس نمرات، برای آزمون فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این پژوهش عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل، نمرات پس آزمون و پیگیری به عنوان متغیر وابسته و نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شد. همچنین جهت تعیین پایداری نتایج پژوهش در پیگیری دو ماهه از آزمون t وابسته نمرات پس آزمون و پیگیری استفاده شد. فرض اول پژوهش این بود که آموزش درمان شناختی رفتاری بر میزان استرس تحصیلی دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی دوم تأثیر دارد. میانگین و انحراف معیار نمرات کلی پیش آزمون استرس تحصیلی به ترتیب ۳۹/۴۰ و ۸/۳۴ برای گروه آزمایش و ۳۶/۰۵ و ۶/۲۶ برای گروه گواه بود. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات کلی پس آزمون به ترتیب ۲۲/۳۰ و ۵/۰۲ برای گروه آزمایش و ۳۴/۰۵ و ۳/۸۳ برای گروه گواه بدست آمد. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود نمرات پیش آزمون استرس تحصیلی رابطه ی معناداری با نمرات پس آزمون دارند ($P=0/001$). همچنین تفاوت بین میانگین نمرات باقیمانده استرس تحصیلی دانش آموزان در پس آزمون و پس از کنترل متغیر مداخله گر در دو گروه آزمایش و گواه معنی دار است ($P=0/000$). بنابراین فرضیه ی پژوهشی در مرحله ی پس آزمون تأیید می شود.

جدول ۱: نتایج تحلیل کواریانس دو گروه آزمایش و گواه پس از کنترل متغیر مداخله گر

شاخص آماری منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	مجذوراتا	توان آماری
پیش آزمون	۲۰۳/۶۱۵	۱	۲۰۳/۶۱۵	۱۳/۶۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹	۰/۹۴۹
گروه	۱۵۵۴/۴۰۲	۱	۱۵۵۴/۴۰۲	۱۰۳/۹۰۱	۰/۰۰۰	۰/۷۳۷	۱/۰۰۰



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



آزمون t نشان داد بین میانگین نمرات پس آزمون (۲۲/۳۰) و میانگین نمرات پیگیری (۲۲/۱۰) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/779$). بنابراین اثر آموزش پس از پیگیری دوماهه ماندگار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

آموزش مهارتهای شناختی رفتاری و فراگیری چالش با باورها و افکار و بکارگیری روشهای موثر آرمیدگی و رفتار کارآمد، افراد را قادر به مدیریت استرس میکند که طی آن افراد می آموزند بجای درمانگی، انفعال و نشخوار فکری، در برابر انتظارات غیرواقع گرایانه دیگران در زمینه مسائل تحصیلی، به افزایش توانمندیهای خود و کاهش ملزومات موقعیت استرس زا (راهبرد مساله مدار) روی آورند. استفاده مناسب و بهینه از این راهبرد، شیوه ای موثرتر و کارآمدتر است که می تواند در تعدیل استرس تحصیلی موثر افتد. همچنین وقتی افراد با استفاده از فنون رفتاری قادر به کاهش تنش و علایم جسمانی همراه استرس میشوند، احساس کنترل در آنها افزایش می یابد (آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن، ۲۰۰۷).

نتایج جدول ۱ نشان داد که در زمان ارزیابی قبل از آموزش شناختی رفتاری سطح استرس تحصیلی دانش آموزان اندازه گیری شده بوسیله پرسشنامه استرس تحصیلی، بالا بوده، بدون اینکه تفاوت معنی داری بین افراد گروه درمان و گروه گواه بدون درمان، وجود داشته باشد. در پس آزمون مشخص شد که سطح استرس دانش آموزانی که در آموزش شرکت کردند در مقایسه با افرادی که هیچ آموزشی نداشتند به طور قابل توجهی کاهش یافت، علاوه بر این، در مرحله ی پیگیری، سطح استرس دانش آموزانی که در آموزش شناختی- رفتاری شرکت کرده بودند، به طور قابل توجهی کاهش یافت، در حالی که آنهایی که هیچ مداخله ای نداشتند سطح استرس بالایی داشتند. نتایج به این معنی است که آموزش شناختی - رفتاری در کاهش استرس دانش آموزان ابتدایی موثر بوده است. این یافته ها از یافته های وان دیر کلینک و همکاران (۲۰۰۱) حمایت می کند، آنها دریافتند برای کاهش استرس به مداخلات شناختی - رفتاری نیاز است. سایر یافته های پیشین از جمله ریچاردسون و همکاران (۲۰۰۸) که بیان میکنند، برنامه های آموزشی شناختی - رفتاری برای مدیریت استرس موثر است، تایید می شود. گروسمن و همکاران (۲۰۰۴)؛ کوزبکی و همکاران (۲۰۰۷)؛ شاپ آبرو و همکاران (۲۰۰۵)؛ که دریافتند، یک برنامه مداخله استرس شامل استفاده از فنون شناختی رفتاری، می تواند در کاهش سطح استرس در بین افراد موثر باشد. یافته های تحقیق حاضر توصیه میکند، متولیان تعلیم و تربیت، مشاوران، معلمان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر کارکنان بهداشتی، بکارگیری اصول برنامه های آموزشی درمان شناختی رفتاری در کاهش استرس تحصیلی در بین دانش آموزان را مورد توجه قرار دهند. علاوه بر این، مداخله درمانی شناختی رفتاری توضیحی در مورد اینکه چگونه باورهای غیرمنطقی دانش آموزان می تواند منجر به تجارب استرس زا شود، ارائه کرده است (برنارد و همکاران، ۱۹۸۳؛ الیس و همکاران، ۱۹۹۹؛ اسمیت، ۲۰۰۳) و همچنین چگونه مشاوران، معلمان، مربیان و اولیای دانش آموزان می توانند موقعیت های خاصی را دستکاری کنند تا به دانش آموزان کمک کنند استرس خود را کاهش دهند. انبوهی از مهارت



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



ها، تکنیک ها، فرآیندها و اصول در مداخله درمانی شناختی رفتاری برای ارتقای اثربخشی و تاثیر آن در بین کاربران ارائه شده است. بنابراین، پرسنل مراقبت و آموزش کودک باید بدانند که پاسخ دانش آموز به یک رویداد استرس زا، با مجموعه ای از باورهای غیرمنطقی، ممکن است نقشی حیاتی در بروز علائم استرس داشته باشد و از این رو، نشان دادن اینکه آیا بکارگیری فرآیند درمانی شناختی رفتاری در چنین شرایطی مناسب است یا خیر، کمک می کند. انتظار می رود که محققان آینده مطالعات بیشتری را با دانش آموزان انجام دهند تا تأثیر مداخله درمانی شناختی رفتاری را در بین دانش آموزان آموزش ابتدایی بیش از پیش مشخص کنند. جامعه ی آماری پژوهش، محدودیتهایی را در زمینه ی تعمیم یافته ها به سایر گروههای قومی و فرهنگی مطرح می کند که باید در نظر گرفته شود. بعلاوه، مشکلات احتمالی مربوط به اعتبار مقیاس استرس تحصیلی و نمره برش معادل یک انحراف استاندارد بالای میانگین در پژوهش حاضر را که در مراحل ابتدایی بکارگیریست، نباید از نظر دور داشت. برای بررسی دقیق تر تاثیر مداخله های شناختی رفتاری بر استرس تحصیلی، توصیه می شود: تاثیر مولفه های شخصیتی، شیوه های فرزندپروری و سبکهای مقابله ای در تحقیقات بعدی کنترل یا مطالعه شود. پیشنهاد می شود گروههای تحصیلی دیگر شامل مقاطع متوسطه ی اول و دوم و دانشجویان در تحقیقات بعدی مورد بررسی قرار گیرد.

مراجع

- آنتونی، م. ایرونسون، گ. اشنایدرمن، ن. (۲۰۰۷). مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری (ترجمه س ج. آل محمد؛ س. جوکار؛ ح. نشاط دوست). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- Auerbach, J. E. (2006). Cognitive coaching. *Evidence based coaching handbook: Putting best practices to work for your clients*, pp. 103–127.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., Foy, D. W., Keane, T. M., & Blanchard, E. B. (2009). Group cognitive behavior.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007) Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>.
- Brobeck, E., Marklund, B., Haraldsson, K., & Berntsson, L. (2007). Stress in children: how fifth-year pupils experience stress in everyday life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 3–9.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318–327.



7. David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C., & Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 304–318.
8. Ellis, A., Gordon, J., Neenan, M., & Palmer, S. (1997). *Stress counseling; a rational emotive behaviour approach*. New York: Springer Publisher Company.
9. Feldman, J. M., Eisenberg, E. J., Gambini-Sudrez, E., & Nassau, J. H. (2007). Differential effects of stress management therapies on emotional and behavioral disorders. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W.
10. Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital Community Psychiatry*, 37(3), 241–249. [https:// doi. org/ 10. 1176/ ps. 37.3. 241](https://doi.org/10.1176/ps.37.3.241).
11. Lazarus, R. S. (1966) Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.
Miller, R. C., & Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94(1), 39.
12. Ogbuanya, T. C., Eseadi, C., Orji, C. T., Ohanu, I. B., Bakare, J., & Ede, M. O. (2017). Effects of rationalemotive behavior coaching on occupational stress and work ability among electronics workshop instructors in Nigeria. *Medicine (Baltimore)*, 96(19):e6891. [https:// doi. org/ 10. 1097/ MD. 00000 00000 006891](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006891).
13. Palmer, S., & Gyllensten, K. (2008). How cognitive behavioural, rational emotive behavioural or multimodal coaching could prevent mental health problems, enhance performance and reduce work related stress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(1), 38–52. [https:// doi. org/ 10. 1007/ s10942- 007- 0069-y](https://doi.org/10.1007/s10942-007-0069-y).
14. Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69.
15. Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., & Haug, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *JAMA*, 297(8), 820–830.
16. Smith, G. F. (2003). Beyond critical thinking and decision making: Teaching business students how to think. *Journal of Management Education*, 27(1), 24–51.
17. Sorenson, R. D. (2007). Stress management in education: Warning signs and coping mechanisms. *Management in Education*, 21(3), 10–13.
18. Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(1), CD002795. [https:// doi. org/ 10. 1002/ 14651 858.CD002 795. pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002795.pub2).
19. Sun, J., Dunne, M. P., Hou, X.-Y., & Xu, A.-Q. (2011). Educational Stress Scale for Adolescents: Development, validity and reliability with Chinese students. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(6), 534–546.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



20. Van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A. H., & Van Dijk, F. (2001). The benefits of interventions for workrelatedstress. *American Journal of Public Health, 91*(2), 270.