ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71

Effectiveness of stress management through cognitive-behavioral method on frustration, suicide thoughts and reducing stress among soldiers of Southwest Region of Nazaja

Abstract

Introduction: Nurses play a key role in the quality of care and health promotion and are a major source of work for the hospital. Therefore, in this study different processes and proponents of human resource empowerment in nursing profession are discussed.
Methods: The present study was a qualitative research using the content analysis method in 2019. The statistical population consisted of professors of Urmia University of Medical Sciences. For this purpose, 17 participants were studied through purposeful sampling and in-depth interviews. Data were collected, recorded and then coded using MAXQDA software and categorized into axial codes.
Results: Findings from coding, open, central and survey showed that empowerment of human resources in the nursing profession was obtained from structural, contextual and behavioral factors during content analysis.
Conclusion: During the Delphi meeting with experts, structural and contextual factors were identified as drivers of behavioral empowerment in the nursing profession.

Keywords: Empowerment, Human Resources, Nursing Profession

Article Info

Authors:

Fatemeh Kochak Nia*[1]

Affiliations

1 . *Master of Clinical Psychology, Ahvaz, Kianpars, 5 East St., No. 55, Postal Code: 6155945331, Phone: 09106794051, Email: f.kochaknia1367@gmail.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ بهار ۱۴۰۰ / سال نهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71 ISSN: 2645-3940

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی–رفتاری بر ناامیدی، افکار خودکشی و کاهش استرس سربازان منطقه جنوب غرب نزاجا

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ناامیدی، افکار خودکشی و کاهش استرس سربازان منطقه جنوب غرب نزاجا در سال ۱۳۹۸ بود.

روش‌کار: طرح پژوهش، تجربی از نوع آزمایشی میدانی بصورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از سربازان منطقه جنوب غرب نزاجا بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه ناامیدی بک (۱۹۹۱)، پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) و پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) بود. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه مدیریت استرس شناختی-رفتاری به شیوه مایکنبام (۱۹۷۷) اجرا گردید. برای گروه کنترل هیچگونه مداخله روانشناختی صورت نگرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش ناامیدی، افکار خودکشی و استرس اثربخش است ($p<۰/۰۵$). همچنین، در مرحله پیگیری این نتایج پابرجا بود ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: می‌توان از مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری برای کاهش ناامیدی، افکار خودکشی و استرس سربازان منطقه جنوب غرب نزاجا استفاده نمود.

کلیدواژگان: مدیریت استرس، درمان شناختی-رفتاری، ناامیدی، افکارخودکشی، استرس

اطلاعات مقاله

فاطمه کوچک نیا [1*]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱*. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، اهواز، کیانپارس، خیابان ۵ شرقی، پلاک ۵۵،

کد پستی: ٦١٥٥٩٤٥٣٣١، تلفن: ۰۹۱۰٦٧٩٤٠٥١، ایمیل: f.kochaknia1367@gmail.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

مقدمه

بررسی مستمر سطح سلامت روانی[1] و جسمانی کارکنان به منظور ارتقای سطح سلامت و بهزیستی[2] کارکنان یکی از اهداف مهم هر سازمان است (۱). در این بین ارزیابی سطح سلامت عوامل انسانی در نیروهای مسلح از جمله ارتش به دلیل ماموریت‌های ویژه و استرس‌هایی که در عملیات نظامی تجربه می‌کنند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲). از آنجا که افراد در محیط‌های نظامی و صحنه‌های نبرد با حوادث غیرقابل انتظار و ناگهانی مثل محاصره، شایعه و ترس[3]، آموزش‌های سخت، حفظ آمادگی نظامی، جنگ روانی و... مواجه‌اند، حفظ آمادگی و سلامت جسمانی و روانشناختی پرسنل نظامی و سربازان اهمیت فراوانی دارد (۳). در واقع، دوران سربازی در ایران و ورود به محیط نظامی مصادف با اوایل دوران جوانی و مقطع بسیار حساسی در زندگی نیروی جوان و کارآمد کشور به حساب می‌آید (۴). دوران سربازی در محیط نظامی با تغییرات شناختی، رفتاری، سازمانی و فرهنگی همراه است که اغلب به علت ایجاد فشار روانی، عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد چرا که فرد باید بیاموزد چگونه بین نقش‌های سخت، خشن، عواطف و هیجانات تعادل ایجاد کند و چه جایگاهی در تعهدات سازمانی و نقش خود اتخاذ نماید (۵). روبرو شدن با این چالش‌ها و همچنین آموزش‌های سخت و مداوم، ماموریت‌های متعدد، فراگیری تخصص‌های مخاطره آمیز و تحمل فشار برای انجام تکلیف، از عوامل ایجاد استرس[4] دوران سربازی هستند (۶). استرس را می‌توان یک حالت درونی ناشی از خواسته‌های فیزیکی بدن (حالات بیماری، کار و زحمت، کم و زیادی دما و از این قبیل) یا ناشی از موقعیت‌های محیطی و اجتماعی باشد که زیان‌بار، غیرقابل کنترل یا فراتر از استعداد و سازگاری، ارزیابی می‌شود (۷). مفهوم استرس در هیچ محیطی آشکارتر از مجموعه‌های نظامی نیست چرا که در ارگان‌های نظامی روابط خشک و سلسله مراتبی و برخوردها جدی‌تر بوده و همچنین برنامه‌های آموزشی و نظامی سخت گیرانه‌ای اعمال می‌گردد (۸). این در حالی است که استرس‌های زندگی نظامیان به یکباره بر سرباز وارد می‌شود و با توجه به استعداد و زمینه قبلی و با توجه به تعریف سلامت (برآیندی از سلامت جسم، سلامت روان و سلامت اجتماعی که در تعامل با یکدیگر هستند) ممکن است منجر به مشکلات انطباقی و بروز برخی رفتارها و نابهنجاری‌ها در سربازان شود که نمونه بارز آن اقدام به خودکشی[5]، افسردگی[6]، خودزنی[7] و دیگرزنی[8] است (۶). به عبارت دیگر، عدم توانایی در حل مشکلات و برخورد مناسب با آن‌ها ممکن است منجر به ایجاد مشکلات سازشی شود که خود را به شکل ناامیدی[9]، افکار خودکشی، آشفتگی هیجانی، افزایش حساسیت به محرک‌های بیرونی، اضطراب[10]، ناراحتی، تغییرات خلقی[11] و افسردگی نشان می‌دهد (۹). در واقع، امید[12] نمادی از ابعاد روانی است که با سلامت جسمی و روانی ارتباط دارد. امید توانایی باور داشتن به وضعیت بهتر در آینده است اما ناامیدی نقطه مخالف امید و از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است (۱۰). ناامیدی به عنوان یک عامل شناختی که با انتظارات منفی مشخص است در افسردگی و در خودکشی[13] نقش قابل ملاحظه‌ای دارد (۱۱). خودکشی اقدامی آگاهانه در آزار به خود است که به مرگ منتهی می‌شود (۱۲). خودکشی با نیازهای برآورده نشده یا ناکامی[14]، احساس درماندگی[15] و ناامیدی، تعارض‌های دوگانه بین ماندن و تحمل استرس غیر قابل تحمل رابطه دارد (۱۳). بررسی پدیده خودکشی موضوعی تخصصی، پیچیده، علمی و معمولا قابل پیشگیری است که دخالت صحیح می‌تواند آشکارا اقدام به خودکشی را تعدیل کرده یا از بین ببرد (۱۴).

با این اوصاف، مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌زا را افزایش می‌دهد. در این بین درمان‌های شناختی رفتاری مدیریت استرس به گروهی ازدرمانهای مدیریت استرس[16] اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی –رفتاری[17] متمرکز است (۱۵). این مداخله مرکب از عناصری ازقبیل افزایش اگاهی در مورد استرس، آموزش ارام سازی عضلانی، شناسایی افکار ناکارامد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه ریزی فعالیت‌ها می‌باشد (۱۶). درمان‌های شناختی-رفتاری به ارتباط بین افکار، عواطف، اعمال و رفتار تاکید دارد. در این نوع درمان‌ها عقیده بر این است که تحریف‌های شناختی در نتیجه یادگیری ایجاد می‌شوند و می‌توان آن‌ها را از طریق یادگیری نیز از بین برد (۱۷). آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری کمک زیادی به بازسازی الگوی تفکر افراد نگران و پر استرس می‌گذارد تا واقعه را کمتر صدمه زننده ادراک کنند. آموزش این مهارت‌ها فرایند ارزیابی افراد را مورد اصلاح قرار داده و آموزش مهارت‌های

1. Mental health
2. Wellbeing
3. Fear
4. Stress
5. Suicide attempt
6. Depression
7. Self-mutilation
8. Jerk
9. Frustration
10. Anxiety
11. Mood changes
12. Hope
13. Suicide
14. Failure
15. Insolvency
16. Stress management
17. Cognitive-behavioral approach

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

رفتاری را برای مدیریت استرس توسعه می‌دهد (۱۶). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در داخل کشور در پژوهش‌هایی جداگانه توسط ترابی (۶)، بر کاهش افکار خودکشی دانشجویان دانشگاه‌های نظامی شهر تهران، خاکباز و مهر آفرید (۱۸)، بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، ناامیدی و افکار خودکشی زندانیان جوان، و عنایتی (۱۹)، بر کاهش ناامیدی و نگرش‌های ناکارآمد زوجین و در خارج از کشور در پژوهش‌های چان[1] (۲۰) بر کاهش افکار ناکارآمد و نشانگان استرس در پلیس فدرال ایالت بوستون، در پژوهش زانی[2] (۲۰) بر افکار ناکارآمد، کیفیت زندگی و ناامیدی نیروی پلیس شهر لندن، در پژوهش سووگ، سوود، کومر جی اس[3] (۲۱) در تنظیم هیجان در جوانان دارای استرس و اضطراب بالا تأیید شد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ناامیدی، افکار خودکشی و کاهش استرس سربازان منطقه جنوب غرب نزاجا انجام شد تا ضمن ارائه یافته‌ها و زمینه جدید پژوهشی، به دست اندرکاران امر، به رفع برخی کاستی‌ها و بهبود وضعیت سلامت و بهداشت روانی این سربازان یاری رساند.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود و همچنین جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه سربازان در حال خدمت در منطقه جنوب غرب نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) از افراد فوق الذکر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که نخست طی آزمونی مقدماتی تعداد ۲۰۰ نفر از سربازان در حال خدمت در منطقه جنوب غرب نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۸ به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه ناامیدی بک (BHS)، پرسشنامه افکارخودکشی بک (BSSI) و پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS) روی آن‌ها اجرا شد. سپس ۳۶ نفر از سربازانی که بالاترین نمره‌ها را کسب کردند مشخص شدند و در نهایت با استفاده از فرمول زیر (فرمول کوکران) حجم نمونه و تعداد هر گروه به شرح زیر مشخص گردید:

در این فرمول

$$Z_{۱-a/۲}=۱/۶۵ \text{ ،} Z_{۱-\beta}=۰/۸۴ \text{ ،} S_۱=۱۸/۵$$

$$S_۲= ۳۷/۲۵ \text{ ،} \mu_۱ = ۱۴۷/۲۹ \text{ و } \mu_۲ = ۱۶۲/۶۲$$

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

S_1ـ انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه اول (مورد، مواجهه یافته یا مداخله)

S_2ـ انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه دوم (شاهد، غیرمواجهه یافته یا مقایسه)

μ_1ـ میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه اول

μ_2ـ میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه دوم

می‌باشد که با جایگزینی اعداد در فرمول و محاسبه آن ۳۰ بدست آمد. بنابراین حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر و در کل ۳۰ نفر بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفره گروه گواه گمارده شدند. برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی حجم نمونه از این قرار بود که در هر دو گروه آزمایش و کنترل بیشترین فراوانی سنی در محدوده ۲۰-۱۸ سال معادل ۳۶/۳ درصد؛ بیشترین سطح تحصیلات مربوط به مدرک دیپلم و معادل ۵۰ درصد و بیشترین مدت خدمت مربوط به ۱۴ تا ۱۱ ماه خدمت و معادل ۳۶/۶ درصد حجم نمونه را به خود اختصاص داد.

ابزار

۱- پرسشنامه مقیاس ناامیدی بک (۱۹۹۳)

این پرسشنامه درسال ۱۹۸۸ توسط بک ساخته شده است و مجددا درسال ۱۹۹۳ مورد تجدید نظر قرارگرفته است (۲۲). این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال است که به شکل درست -غلط پاسخ داده شده و مجموع نمرات این مقیاس در دامنه‌ی ۰-۲۰ قراردارد و امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر ناامیدی است (۲۲). در این مطالعه نمره بین ۰ تا ۶: احساس ناامیدی کم. بین ۷ تا ۱۳: احساس ناامیدی متوسط و بین ۱۴ تا ۲۰: احساس ناامیدی زیاد درنظرگرفته شده است. تحقیقات نشان داده است که نمرات بدست آمده در این مقیاس با شدت و فراوانی ذهنیت خودکشی و میل به خودکشی در ارتباط است. اعتبار و روایی این پرسشنامه به منظور کار در ایران توسط گودرزی (۱۳۸۱) مورد تایید قرارگرفت و پایایی آن ۰/۷ گزارش گردید. همسانی درونی آزمون با استفاده از روش الفای کرونباخ ۰/۲۷۹ برآورد شده و با استفاده از روش تحلیل عاملی پنج عامل ۱-یاس در دستیابی به خواسته‌ها، ۲- نومیدی در مورد آینده، ۳- نگرش نسبت به آینده، ۴- دورنمای زندگی و ۵- اعتماد به آینده استخراج گردیده است که این پنج عامل بر روی هم ۴۸/۹ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کند (۲۲). دژکام (۱۳۸۳) اعتبار و پایایی این آزمون را در مطالعات مختلف به ویژه در زمینه گرایش‌های خودکشی مورد مطالعه قرار داده است و همبستگی‌های مختلفی از ۰/۳۶ تا ۰/۷۶ با مقیاس افسردگی بک و ۰/۵۶ با مقیاس بالینی ناامیدی، نشان داده شده است. این مقیاس توانایی بالایی در اندازه‌گیری

1. Chan
2. Zani
3. Suveg, Sood, Comer

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

جدول شماره ۱- شرح جلسات مدیریت استرس به شیوه شناختی – رفتاری (مایکنبام،۱۹۷۷).

جلسه	شرح مختصر
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه، بیان هدف از تشکیل جلسات، ایجاد رابطه مبتنی بر همکاری، بیان مفهوم استرس و علائم آن
دوم	آموزش ماهیت تعاملی استرس، بیان زنجیره‌ای مدل A-B-C آلیس، بررسی آثار جسمانی- روانشناختی و رفتاری استرس، اجرای فن تصویرپردازی ذهنی
سوم	اجرای فن آرام‌سازی
چهارم	آشنایی با مفاهیم شناختی و نقش افکار در ایجاد استرس، ارتباط افکار با احساسات و رفتار و شناسایی آن‌ها، بیان خطاهای شناختی
پنجم	چالش با افکار منفی استرس‌زا، آزمون افکار منفی
ششم	اهمیت استفاده از تکنیک توجه برگردانی، آموزش تکنیک‌های توجه برگردانی، اهمیت استفاده از تکنیک توقف فکر، آموزش تکنیک توقف فکر
هفتم	بیان اهمیت و ضرورت حل مسئله، آموزش روش حل مسئله، بیان اهمیت و ضرورت کنترل خشم، آموزش کنترل خشم
هشتم	آشنایی با خودگویی‌ها، نقش خودگویی‌های منفی در ایجاد استرس، استفاده از خودگویی‌های مثبت به جای خودگویی‌های منفی
نهم	روش‌های فیزیکی کنار آمدن با استرس، تقویت اعتماد به نفس و مقابله با افسرگی و نگرانی، مدیریت بر زمان
دهم	بررسی میزان کارایی و اثربخشی فنون، شناسایی موانع اجرای فنون، ارائه راهکارهایی مناسب جهت حذف موانع

سا.

پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۴ بدست آمد.

۲- پرسشنامه سنجش افکار خودکشی بک (۱۹۹۱)

این پرسشنامه توسط بک و استیر (۱۹۹۱) تهیه شده است و شامل ۱۹ سؤال می‌باشد که پاسخ‌دهی به آن بر اساس درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد (۲۲). بنابراین از نظر محتوای سوالات می‌توان خطر خودکشی را به شرح زیر تعیین کرد:

نمره (۵-۰) داشتن افکار خودکشی (Low Risk)

نمره (۱۹-۶) آمادگی جهت خودکشی (High Risk)

نمره (۳۸-۲۰) قصد اقدام به خودکشی (Very High Risk)

مقیاس افکار خودکشی بک، با آزمون‌های ۵ استاندارد شده بالینی افسردگی و گرایش به خودکشی (SSI) همبستگی بالایی داشته است. دامنه ضرایب همبستگی مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استاندارد شده افسردگی و گرایش به خودکشی، از ۰/۹۰ برای بیماران بستری تا ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. همچنین این مقیاس با سوال خودکشی در افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ همبستگی داشت (۲۲). به علاوه این مقیاس با مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ همبستگی داشت. استیر و بک (۱۹۸۸)؛ بک و استیر (۱۹۹۱)، استیر و همکاران (۱۹۹۳)، با استفاده از روش الفای کرونباخ، پایایی آزمون را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ بدست آوردند (۲۲). در پژوهش استیر و بک (۱۹۸۸) پایایی آزمون با استفاده از روش آزمون-بازآزمون مورد بررسی قرار گرفته و برابر با ۰/۵۴ برآورد شد (۲۲). در پژوهشی انیسی و همکاران (۱۳۸۴) همبستگی بین مقیاس افکار خودکشی بک با پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ ۰/۷۶ گزارش دادند و اعتبار مقیاس با استفاده از روش الفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و با روش دو نیمه کردن ۰/۷۵ به دست آمد (۲۲). در پژوهش حاضر نیز به منظور تعیین اعتبار و پایایی مقیاس افکار خودکشی بک، این مقیاس به طور همزمان با فهرست افسردگی بک (BDI) اجرا شد که ضریب پایایی آن با روش کرونباخ ۹۶٪ بدست آمد.

۳- پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳)

این پرسشنامه توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه شد]۲۲[. این پرسشنامه شامل ۱۴ گویه است که بر روی یک طیف پنج درجه‌ای از صفر (هرگز) تا چهار (همیشه) نمره‌گذاری

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

می‌شود. اما نمره‌گذاری گویه‌های ۴, ۵, ۶, ۷,۹, ۱۰ و ۱۳ معکوس می‌باشد و در نهایت از تجمیع نمره تمامی گویه‌ها برای هر پاسخگو، نمره کلی استرس ادراک شده به دست می‌آید. در مطالعه کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ضرایب همسانی درونی برای هر یک از زیرمقیاس‌ها و نمره کلی استرس ادراک شده بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد (۲۲). در مطالعه‌ای که صفایی و شکری (۱۳۹۳) در بیماران سرطانی در ایران انجام دادند ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی استرس ادراک شده برابر با ۰/۷۶ به دست آمد (۲۲). همچنین، صالحی (۱۳۷۳) بر روی تعدادی از دبیران زن میزان استرس ادراک شده این پرسشنامه را اجرا نمود و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب اعتبار ۰/۸۱ و پایایی ۰/۸۰ بدست آمد (۲۲). در تحقیقی توسط امین یزدی و صالحی (۱۳۷۷) بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب اعتبار و پایایی به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۴ به دست آمد (۲۲). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد که بیانگر ضرایب پایایی خوب پرسشنامه یاد شده می‌باشد.

همچنین برای مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری به روش تلفیقی برگرفته از شیوه آموزشی مایکنبام[1] (۱۹۷۷) و شیوه درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری و طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به شکل دو جلسه در هفته استفاده شد که خلاصه آن به شرح زیر بود:

نتایج

به منظور انجام آزمون کواریانس پیش‌فرض‌های تساوی واریانسها آزمون لوین، نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه آزمون‌های کلموگروف ـ اسمیرنف و آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق سه گروه در جامعه انجام شد.

همانطور که در جداول شماره ۲ تا ۴ ملاحظه می‌گردد، سطح معنی داری کلیه آزمون‌های مربوط به پیش فرض‌های آماری تایید نگردید ($p<۰/۰۵$). بنابراین، کلیه مفروضه‌های استفاده از تحلیل کواریانس تایید می‌شود.

همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری هر چهار آزمون چندمتغیری (اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی) در مرحله پس آزمون معنی‌دار می‌باشد ($p<۰/۰۵$). به عبارت دیگر، بین حداقل یکی از گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (ناامیدی، افکار خودکشی و استرس) در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از طرفی توان آماری برابر با ۱ است. به عبارت دیگر، امکان بروز خطای نوع دوم وجود نداشته است.

در ادامه، نوبت به بررسی این موضوع می‌رسد که آیا هر یک از متغیرهای وابسته (ناامیدی، افکار خودکشی و کاهش استرس) بطور جداگانه از سطوح مختلف متغیر مستقل (مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری) تاثیر پذیرفته‌اند یا خیر؟ بر این اساس با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا (آنکوا) به بررسی اثر متغیرهای مستقل بر هر یک از متغیرهای وابسته پرداخته شده است.

همانطوری که در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌گردد با کنترل پیش آزمون بین سربازان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ ناامیدی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$ و $F= ۸/۶۴$). به عبارت دیگر، مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با توجه به میانگین ناامیدی سربازان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش ناامیدی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۶ می‌باشد؛ به عبارت دیگر، ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون ناامیدی مربوط به تاثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است؛ به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

همچنین، با کنترل پیش آزمون بین سربازان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ افکار خودکشی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$ و $F=۵/۵۰$). به عبارت دیگر، مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با توجه به میانگین افکار خودکشی سربازان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش افکار خودکشی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۶ می‌باشد؛ به عبارت دیگر، ۳۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون افکار خودکشی مربوط به تاثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۷ است؛ به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۳ مرتبه ممکن است فرضیه صفر به اشتباه تایید شود.

همچنین، با کنترل پیش آزمون بین سربازان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ استرس تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$ و $F=۳/۲۸$). به عبارت دیگر، مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با توجه به میانگین استرس سربازان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش استرس گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۷ می‌باشد؛ به عبارت دیگر، ۶۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون استرس مربوط به تاثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۸ است؛ به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰

1. Meichen Baum

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

جدول شماره ۲- شاخص های توصیفی و نتایج آزمون کلموگروف ـ اسمیرنف به تفکیک گروه.

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره	معنی داری	تعداد
ناامیدی	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۴۶	۲/۰۵	۰/۶۷۱	۰/۴۲۱	۱۵
		کنترل	۱۵/۳۲	۱/۶۴	۰/۶۷۰	۰/۴۰۱	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۹/۶۶	۱/۴۵	۰/۵۸۲	۰/۳۴۶	۱۵
		کنترل	۱۴/۴۸	۲/۸۶	۰/۴۸۲	۰/۳۸۹	۱۵
	پیگیری	آزمایش	۱۰/۲۴	۱/۲۳	۰/۱۰۶	۲/۰۰	۱۵
		کنترل	۱۵/۰۵	۱/۷۴	۰/۱۴۹	۲/۰۰	۱۵
افکار خودکشی	پیش آزمون	آزمایش	۳۳/۳۳	۳/۱۳	۰/۱۴۷	۰/۲۱۸	۱۵
		کنترل	۳۲/۰۶	۳/۶۳	۰/۱۴۴	۰/۲۱۲	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۶/۶۰	۴/۳۳	۰/۱۴۰	۰/۲۰۰	۱۵
		کنترل	۳۳/۱۰	۳/۱۳	۰/۱۳۲	۰/۲۲۴	۱۵
	پیگیری	آزمایش	۷/۱۳	۴/۲۵	۰/۱۷۶	۰/۱۲۴	۱۵
		کنترل	۳۰/۲۵	۲/۱۲	۰/۱۸۰	۰/۰۹۸	۱۵
استرس	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۴۰	۱۹/۹۳	۰/۸۷۴	۰/۰۸۷	۱۵
		کنترل	۲۵/۱۳	۱۸/۶۷	۰/۸۰۰	۰/۰۶۸	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۸/۰۶	۱۱/۶۵	۰/۷۷۰	۰/۰۸۰	۱۵
		کنترل	۲۴/۳۹	۱۷/۳۹	۰/۶۷۸	۰/۰۸۶	۱۵
	پیگیری	آزمایش	۹/۱۹	۱۲/۰۷	۰/۶۸۰	۰/۰۹۲	۱۵
		کنترل	۲۵/۱۹	۱۶/۹۲	۰/۵۸۰	۰/۰۷۹	۱۵

جدول شماره ۳- نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌های متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه.

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
ناامیدی	۰/۶۳	۱	۲۸	۰/۵۹
افکار خودکشی	۰/۵۷	۱	۲۸	۰/۶۷
استرس	۰/۸۶	۱	۲۸	۰/۱۴

جدول شماره ۴- نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه.

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
ناامیدی	تعامل گروه * پیش آزمون	۰/۳۵	۰/۱۳
افکار خودکشی		۰/۶۰	۰/۶۱
استرس		۴/۵۱	۰/۳۱

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

جدول شماره ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و کنترل.

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۲	۳	۸	۴/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۸	۳	۸	۴/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۶۳	۳	۸	۴/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۶۳	۳	۸	۴/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰

جدول شماره ۶- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون ناامیدی، افکار خودکشی و استرس سربازان گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون.

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
ناامیدی	پیش آزمون	۶۴۹/۴۸	۱	۶۴۹/۴۸	۷۷/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
	گروه	۲۴۴/۸۹	۱	۲۴۴/۸۹	۸/۶۴	۰/۰۱۵	۰/۴۶	۱/۰۰
	خطا	۲۹۱/۵۶	۳۵	۸/۳۳				
افکار خودکشی	پیش آزمون	۸۶۷۶/۰۰	۱	۸۶۷۶/۰۰	۱۹۶/۹۷	۰/۷۵۹	۰/۸۵	۱/۰۰
	گروه	۱۰۵۱/۹۳	۱	۱۰۵۱/۹۳	۵/۵۰	۰/۰۴۱	۰/۳۶	۰/۹۹۷
	خطا	۱۵۴۱/۶۴	۳۵	۴۴/۰۴				
استرس	پیش آزمون	۲۲۶۲/۶۳	۱	۲۲۶۲/۶۳	۶۳/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
	گروه	۶۷۴/۴۰	۱	۶۷۴/۴۰	۳/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹۸
	خطا	۱۲۵۵/۵۳	۳۵	۳۵/۸۷				

مرتبه تکرار شود فقط ۲ مرتبه ممکن است فرضیه صفر به اشتباه تایید شود.

همانطوری که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنیداری هر چهار آزمون چندمتغیری (اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) در مرحله پیگیری معنیدار میباشد ($p>۰/۰۵$). به عبارت دیگر، بین حداقل یکی از گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (ناامیدی، افکار خودکشی و استرس) در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. توان آماری برابر با ۱ است؛ به عبارت دیگر، امکان بروز خطای نوع دوم وجود نداشته است.

در ادامه نوبت به بررسی این موضوع می‌رسد که در مرحله پیگیری آیا هر یک از متغیرهای وابسته (ناامیدی، افکار خودکشی و کاهش استرس) بطور جداگانه از سطوح مختلف متغیر مستقل (مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری) تاثیر پذیرفته‌اند یا خیر؟ بر این اساس، با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا (آنکوا) به بررسی اثر متغیرهای مستقل بر هریک از متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری پرداخته شده است. همان طوری که در جدول شماره ۸ ارائه شده است با کنترل پیش آزمون بین سربازان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ ناامیدی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p>۰/۰۵$ و $F= ۰/۴۹$). بنابراین در مرحله پیگیری نیز مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با توجه به میانگین ناامیدی سربازان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش ناامیدی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۷ می‌باشد؛ به عبارت دیگر، ۴۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری ناامیدی مربوط به تاثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است؛ به این معنی که امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

همچنین، با کنترل پیش آزمون بین سربازان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ افکار خودکشی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$ و $F=۲/۷۵$). بنابراین، در مرحله پیگیری نیز مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با توجه به میانگین

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

جدول شماره ۷- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمره‌های پیگیری، با کنترل پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و کنترل.

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶	۳	۸	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴	۳	۸	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۳	۳	۸	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۳	۳	۸	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱/۰۰

جدول شماره ۸- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پیگیری ناامیدی، افکار خودکشی و استرس سربازان گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون.

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
ناامیدی	پیش آزمون	۱۳/۲۰	۱	۱۳/۲۰	۸/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	گروه	۷/۶۲	۱	۷/۶۲	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
	خطا	۵/۰۶	۳۵	۵/۰۶				
افکار خودکشی	پیش آزمون	۴۵/۹۵	۱	۴۵/۹۵	۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
	گروه	۲۷/۱۵	۱	۲۷/۱۵	۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹۹
	خطا	۲۳/۱۵	۳۵	۲۳/۱۵				
استرس	پیش آزمون	۲۵۱/۰۸	۱	۲۵۱/۰۸	۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
	گروه	۱۱۸/۶	۱	۱۱۸/۶	۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۹۷
	خطا	۷۵/۱۷	۳۵	۷۵/۱۷				

افکار خودکشی سربازان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش افکار خودکشی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۸ می‌باشد؛ به عبارت دیگر، ۳۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری افکار خودکشی مربوط به تاثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۹ است؛ به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۱ مرتبه ممکن است فرضیه صفر به اشتباه تایید شود.

علاوه بر این، با کنترل پیش آزمون بین سربازان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ استرس تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$ و $F=۳/۱۹$). بنابراین در مرحله پیگیری نیز مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با توجه به میانگین استرس سربازان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش استرس گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۷ می‌باشد؛ به عبارت دیگر، ۶۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری استرس مربوط به تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۷ است، به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۳ مرتبه ممکن است فرضیه صفر به اشتباه تایید شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ناامیدی، افکار خودکشی و کاهش استرس سربازان منطقه جنوب غرب نزاجا انجام گرفت.

یافته اول این پژوهش حاکی از اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش ناامیدی سربازان منطقه جنوب غرب نزاجا بود که با یافته‌های پژوهش خاکباز و مهر آفرید (۱۸) مبنی بر اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، ناامیدی و افکار خودکشی زندانیان جوان، یافته پژوهش عنایتی (۱۹) مبنی بر اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش ناامیدی و نگرش‌های ناکارآمد زوجین و یافته پژوهش زانی (۲۰) مبنی بر اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

بـر افـکار ناکارآمـد، کیفیـت زندگـی و ناامیـدی نیـروی پلیـس شـهر لنـدن، همسـو بـود.

در تبییـن ایـن یافتـه می‌تـوان گفـت نگـرش منفـی فـرد ناامیـد در مـورد آینـده نگـرش درماندگـی اسـت (۱۶). زمانـی کـه او بـه آینـده فکـر می‌کنـد، بـاور دارد وقایـع منفـی کـه اکنـون بـرای او رخ می‌دهنـد بـه دلیـل نقایـص شـخصی او در آینـده هـم ادامـه خواهنـد یافـت (۱۲). درمـان شـناختی-رفتاری در ناامیـدی بـر تمایـل منفـی در فراینـد اطلاعـات کـه نتیجـه‌ای از تحریـف تفسـیرها از خـود، محیـط و آینـده، کـه بـا باورهـای ناسـازگارانه‌ای کـه بـه وسـیله فـرد برانگیختـه می‌شـود ارتبـاط دارد، تاکیـد می‌کنـد (۲۴). بیشـتر دیدگاه‌هـای اخیـر از ایـن مـدل کـه بـر ارتبـاط میـان ماهیـت رویدادهـای ناامیدگونـه و تفسـیرهای بیمـاران از ایـن رویدادهـا تاکیـد دارد، حمایـت می‌کننـد. تکنیک‌هـای شـناختی-رفتاری بـا بـه چالـش کشـیدن افـکار منفـی، برنامـه ریـزی بـرای رسـیدن بـه اهـداف را تقویـت کـرده و ناامیـدی را کاهـش می‌دهنـد.

یافتـه دیگـر پژوهـش دال بـر اثربخشـی مدیریـت اسـترس بـه شـیوه شـناختی-رفتاری بـر کاهـش افـکار خودکشـی سـربازان منطقـه جنـوب غـرب نزاجـا بـود کـه بـا یافته‌هـای پژوهـش ترابـی (۶) مبنـی بـر اثربخشـی مدیریـت اسـترس بـه شـیوه شـناختی-رفتاری بـر کاهـش افـکار خودکشـی دانشـجویان دانشـگاه‌های نظامـی شـهر تهـران و پژوهـش خاکبـاز و مهـر آفریـد (۱۸) مبنـی بـر اثربخشـی مدیریـت اسـترس بـه شـیوه شـناختی-رفتاری بـر کاهـش نگرش‌هـای ناکارآمـد، ناامیـدی و افـکار خودکشـی زندانیـان جـوان همسـو بـود.

در تبییـن ایـن یافتـه می‌تـوان اظهـار داشـت درمـان شـناختی-رفتـاری می‌کوشـد کـه درمانجـو را بـه نوعـی تجربـه همکارانـه تشـویق نمایـد و طـی آن از تجـارب خـود بیمـار در یـک رشـته آزمایش‌هـای رفتـاری بـه منظـور ارزیابـی درسـتی و نادرسـتی آن باورهـا سـود ببـرد (۴). از سـوی دیگـر، افـکار خودکشـی در نتیجـه تحریف‌هـای شـناختی خاصـی در افـرادی کـه مسـتعد خودکشـی هسـتند بـه وجـود می‌آیـد (۱۳). در ایـن روش درمانجـو تشـویق می‌شـود تـا رابطـه میـان افـکار خودآینـد منفـی و افـکار خودکشـی گـرای خـود را بـه عنـوان فرضیه‌هایـی کـه بایـد بـه بوتـه‌ی آزمایـش گذاشـته شـود تلقـی نمـوده و از رفتارهایـی کـه برآینـد افـکار خـودکار منفـی اسـت، بـه عنـوان محکـی بـرای ارزیابـی اعتبـار یـا درسـتی آن افـکار بهـره گیـرد و درنهایـت منجـر بـه کاهـش سـطح افـکار خودکشـی منجـر گـردد.

یافتـه دیگـر پژوهـش دال بـر اثربخشـی مدیریـت اسـترس بـه شـیوه شـناختی-رفتاری بـر کاهـش اسـترس سـربازان منطقـه جنـوب غـرب نزاجـا بـود کـه بـا یافته‌هـای پژوهـش چـان (۲۰) مبنـی بـر اثربخشـی مدیریـت اسـترس بـه شـیوه شـناختی-رفتاری بـر کاهـش افـکار ناکارآمـد و نشـانگان اسـترس در پلیـس فـدرال ایالـت بوسـتون و پژوهـش سـووگ، سـوود، کومـر جـی اس (۲۱) در تنظیـم هیجـان در جوانـان دارای اسـترس و اضطـراب بـالا همسـو بـود.

در تبییـن ایـن یافتـه می‌تـوان اظهـار داشـت آمـوزش آرمیدگـی یکـی از راهبردهـای مدیریـت اسـترس می‌باشـد. بـا آمـوزش آرمیدگـی یـک مجموعـه تغییـرات فیزیولوژیکـی در بـدن ایجـاد می‌شـود کـه نقطـه مقابـل تغییـرات فشـار روانـی اسـت. کاهـش تنـش در عضـلات باعـث افزایـش احسـاس سـلامت روانـی و آرامـش ذهنـی می‌گـردد. نقـش مثبـت آرمیدگـی در چارچـوب یـک تکنیـک انحـراف توجـه نیـز قابـل تبییـن اسـت. روش آرمیدگـی بـا تاکیـد بـر آرامـش عضلانـی می‌توانـد سـبب جهت‌گیـری مجـدد توجـه بـر احساسـات خوشـایند درونـی شـده و برانگیختگـی فیزیولوژیکـی ناشـی از هیجانـات مثبـت را ایجـاد نمایـد، در نتیجـه فـرد بـر موقعیت‌هـا و محرک‌هـای اسـترس زا و اضطـراب انگیـز کمتـر تمرکـز کـرده (۲۳) و سـطح اسـترس وی فروکـش می‌نمایـد.

یافتـه آخـر پژوهـش حاضـر حاکـی از اثربخشـی مدیریـت اسـترس بـه شـیوه شـناختی-رفتاری بـر ناامیـدی، افـکار خودکشـی و کاهـش اسـترس سـربازان منطقـه جنـوب غـرب نزاجـا در مرحلـه پیگیـری یـک ماهـه بـود.

در تبییـن ایـن یافتـه می‌تـوان اظهـار داشـت کـه مدیریـت اسـترس بـه شـیوه شـناختی-رفتاری ترکیبـی از مهارت‌هـای شـناختی، هیجانـی و آرمیدگـی بدنـی می‌باشـد (۲۴) کـه اثـر پایـداری را بـر خلـق و خـو، کاهـش اسـترس و نشـانگان افسـردگی، ناامیـدی و اندیشـه‌پردازی خودکشـی بـر جـای می‌گـذارد و در خصـوص متغیرهـای وابسـته ایـن پژوهـش نیـز ایـن امـر تاییـد گردیـد.

در نهایـت، علی‌رغـم محدودیت‌هـای پژوهـش حاضـر بـه ویـژه اینکـه ایـن پژوهـش تنهـا بـر روی سـربازان منطقـه جنـوب غـرب نزاجـا انجـام گرفتـه اسـت، می‌بایسـت نتایـج حاصـل از ایـن پژوهـش را بـا احتیـاط بـه سـایر افـراد و گروه‌هـای جامعـه تعمیـم داد. بـه عـلاوه پیشـنهاد می‌گـردد تحقیقـات بیشـتری در خصـوص مطالعـه اثربخشـی مدیریـت اسـترس بـه شـیوه شـناختی-رفتاری بـر ناامیـدی، افـکار خودکشـی و کاهـش اسـترس در کارکنـان رسـمی منطقـه جنـوب غـرب نیـروی زمینـی ارتـش جمهـوری اسـلامی ایـران و پرسـنل سـایر سـازمان هـا انجـام شـود. عـلاوه بـر ایـن، پیشـنهاد می‌شـود نتایـج بدسـت آمـده از ایـن پژوهـش در معاونـت نیـروی انسـانی و بیمارسـتان ارتـش شهرسـتان اهـواز، مـورد توجـه و اسـتفاده قـرار گیـرد تـا بـه بهبـود وضعیـت ناامیـدی، افـکار خودکشـی و کاهـش اسـترس سـربازان منطقـه جنـوب غـرب نزاجـا کمـک گـردد.

تشکر و قدردانی

از جامعـه مـورد پژوهـش و همچنیـن از مسـئولین منطقـه جنـوب غـرب نزاجـا کـه در پیشـبرد ایـن پژوهـش همـکاری کردنـد و امـکان اجـرای ایـن مطالعـه را فراهـم نمودنـد تشـکر و قدردانـی می‌شـود.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

منابع

[1] Bahari f. Fundamentals of Hope and Hope Therapy. 1rd ed. Tehran: Danjeh Publishing; 2010.p.118. [Persian]

[2] Fathi Ashtiani AS, Islamic H. Assessment of the causes of psychological damage and the cause of soldiers' suicide. J Military medicine. 2001;4(2): 245-250. [Persian]

[3] Ferrier-Auerbach AG, Erbes CR, Polusny MA, Rath CM, Sponheim SR. Predictors of emotional distress reported by soldiers in the combat zone. Journal of Psychiatric Research. 2010;44(7):470-6.

[4] Farjad H. Pathology and social distortions. Tehran: Publishing and Press Center; 2004.p.138. [Persian]

[5] Shams Alizadeh N, Fakhmzadeh AS, Hosseinpour B, Salehian b, Shams Alizadeh N. Intention to die in suicide bombers through poisoning. J Mazandaran University of Medical Sciences. 2011;21(8): 62-67. [Persian]

[6] Torabi M. The effectiveness of group cognitive-behavioral psychotherapy in changing the thoughts of suicide of students of military universities in Tehran [Dissertation]. Tehran: University of Tehran;2018.p.98-99. [Persian]

[7] Lazarus RS. The cognition-emotion debate: A bit of history. Handbook of cognition and emotion. 1999;5(6):3-19.

[8] Danae Seij Z, Dehghan Firoozabadi M, Sharifzadeh Gh. The effectiveness of stress management in cognitive-behavioral therapy on depression, anxiety and headache control in female patients with migraines. Birjand: Birjand Iran Medical Sciences; 2013.p.89. [Persian]

[9] Florkowski A, Gruszczyński W, Wawrzyniak Z. Evaluation of psychopathological factors and origins of suicides committed by soldiers, 1989 to 1998. Military medicine. 2001;166(1):44-7.

[10] Hosseini A, Moradi A, Researcher, A.. Investigation of psychological factors of suicide attempt in Iranian students. J Psychological studies.2006; 2(2): 33-49. [Persian]

[11] Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. Personality and individual differences. 2005;38(6):83-91.

[12] Amos T, Appleby L. Suicide and deliberate self-harm. Appleby, DM Forshaw, T Amos, & H Barker, Postgraduate psychiatry: Clinical and scientific foundations. 2001:347-57.

[13] Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.p.212.

[14] Noori R, Ashtiani A, Salimi H. An Investigation of personality traits physical and mental health in relation to committed suicide in a group of military soldjers. J military psycho. 2011;2(5):47-55.

[15] Fouladi A. Suicide prevention strategies and programs with a focus on adolescents and young people. Tehran: Fajr Andisheh Publications; 2002.p.94. [Persian]

[16] Linden W. Stress management: From basic science to better practice: Sage Publications; 2004.p.74.

[17] Bakhtar M, Rezaeian M. A Survey on the Suicidal Behavior in Iranian Military Forces: A Systematic Review Study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2018;16(11):1065-80. [Persian]

[18] Khakbaz K, Mehr Afarid. The effect of group cognitive-behavioral intervention on reducing the ineffective attitudes, frustration and suicidal thoughts of young prisoners. J Crime Prevention Studies. 2017; 7(25): 222-238. [Persian]

[19] Enayati H. Investigating the effect of religious-based cognitive-behavioral therapy on couple resilience and frustration. J Modern psychology. 2015; 8(32): 189-203. [Persian]

[20] Aghaeepour Gavasaraee M, Tavoli A, Kamal AS, Ghafoory Gholamy Z. Effectiveness of

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]

schema therapy, cognitive-behavioral therapy, and mindfulness -Based stress reduction on reducing the anxiety and depression in spouses of veterans. J Clinical Psychology & Personality. 2019;17(1):123-34. [Persian]
[21] Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2009;38(3):390-401.
[22] Saatchi M, Askarian M, Pashai L. Psychological tests 2. Tehran: Viraiesh; 2019.p.110-128. [Persian]
[23] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. Translated by Farzin Rezaei, Ali Fakhraei, Atousa Farmand, Ali Niloufari, Janet Hashemi Azar and Farhad Shamloo. 3rd ed. Tehran: Arjmand; 2013.p.247. [Persian]
[24] Dejkam N. Adaptation and standardization of Beck's despair scale for students of Islamic Azad University, Tehran Branch [Dissertation]. Tehran: University of Tehran;2004.p.70-71. [Persian]

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.30.71]