

تأثیر آموزش مدیریت شناختی - رفتاری (CBM) بر کیفیت زندگی

دانشجویان دانشگاه آزاد خوراسگان (اصفهان)

آذر کاظمی*^۱، اصغر آقایی^۲، حمید آتش پور^۳، رویا فلاحیان^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۶/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مدیریت شناختی - رفتاری (CBM) بر کیفیت زندگی دانشجویان انجام شد. طرح پژوهش، آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان در پاییز ۱۳۹۱ تشکیل می‌دادند که از میان آنها ۴۰ نفر به شیوه‌ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF-36 بود. در ۱۰ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه طی ۵ هفته و هر هفته ۲ جلسه) آموزش مدیریت شناختی - رفتاری بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. یافته‌ها نشان داد که آموزش مدیریت شناختی - رفتاری تأثیر معناداری بر ۵ بعد از کیفیت زندگی شامل خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی دارد ($P < 0/01$). اما در سه بعد از کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی و محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی) بین دو گروه تفاوت معناداری ($P > 0/05$) به دست نیامد. بر این اساس بدیهی است که از طریق آموزش‌های گروهی مبتنی بر مدیریت شناختی رفتاری بتوان ضمن آموزش شناخت و درک شرایط روانی بهتر کیفیت زندگی دانشجویان را ارتقا بخشید.

واژه‌های کلیدی: مدیریت شناختی - رفتاری (CBM)، کیفیت زندگی، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36).

۱- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان).

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان).

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان).

۴- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان).

* نویسنده‌ی مسئول مقاله، kazemiazar@yahoo.com

مقدمه

امروزه با حرکت روانشناسی به سمت روانشناسی مثبت نگر و کمرنگ شدن نگرش آسیب‌شناسی، روانشناسان اختلالات را نتیجه‌ی سبک زندگی ناکارآمد و کیفیت زندگی^۱ اندک می‌دانند و درمان را مبتنی بر اصلاح و تغییر سبک و کیفیت زندگی افراد قرار داده‌اند (سلیگمن^۲، ۲۰۰۰). نوردن فلت^۳ (۱۹۹۱) کیفیت زندگی را به شکل خشنودی توصیف نمود. به نظر وی، سنجش خشنودی افراد از طریق بررسی تجربه‌ی فردی آنها از میزان حصول به آمال و آرزوهایشان انجلم‌پذیر است و بر همین اساس ممکن است این تجربه برای افراد دیگر همان معنا و مفهوم را نداشته باشد (شایق، ۱۳۸۵). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را متمرکز بر احساس خوب داشتن و رضایت از زندگی می‌داند. بنابراین کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت دارد. هرچند به سلامت وابسته است و همچنین ۴ بعد را برای کیفیت زندگی ارائه نموده است: ۱- بعد سلامت جسمی شامل درد و ناراحتی، خواب و استراحت، توانایی انجام کارهای روزانه، ۲- بعد روانشناختی شامل ظاهر، احساس منفی و مثبت، حافظه، تمرکز و اعتماد به نفس، ۳- بعد ارتباطات اجتماعی شامل روابط فردی، حمایت اجتماعی و روابط جنسی و ۴- بعد محیطی شامل دارایی، فضای خانه، دسترسی به اطلاعات، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و امکانات ارتباطی (خیام نکویی، یوسفی و منشی، ۲۰۱۲). مفهوم کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی، بهزیستی اجتماعی، ذهنی و فیزیکی عنوان شده است و به این معنی کیفیت زندگی، ادراک فرد از سلامت خودش به‌طور کلی، مطابق با مقتضیات فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات و علایقش است و توضیح می‌دهد که چرا افراد با شاخص‌های عینی مشابه از کیفیت زندگی می‌توانند شاخص‌های ذهنی کاملاً متفاوتی داشته باشند (کاسترو، پونسیانو، منگتی، کرلین و چم^۴، ۲۰۱۲).

در علوم رفتاری به‌طور عام و در روانشناسی سلامت^۵ به‌طور خاص یک توجه ویژه به اهمیت کیفیت زندگی (روانی، فیزیکی و اجتماعی) در موفقیت‌های افراد در حوزه‌های مختلف زندگی وجود دارد. (گرانر و ریوررا^۶، ۱۹۹۸) در این راستا بهره‌گیری از شیوه‌های آموزشی که بتواند در بهبود کیفیت زندگی دانشجویان موثر باشد، می‌تواند باعث افزایش سطح علمی هر چه بیشتر دانشجویان شده و آنها را در مسیر کارآمدی هرچه مطلوب‌تر سوق دهد. استفاده از آموزش‌های گروهی مبتنی بر

-
1. quality of life
 2. Seligman
 3. Nordenfelt
 4. Castro, Ponciano, Meneghetti, Kreling & Chem
 5. health psychology
 6. Grant & Rivera

مدیریت شناختی- رفتاری از جمله مواردی است که به نظر می‌رسد می‌تواند در این خصوص راهگشا باشد.

مدیریت شناختی- رفتاری (CBM)^۱ یک نوع مداخله^۲ است که اصول یادگیری شناختی و رفتاری را برای شکل دادن و تشویق^۳ رفتارهای مطلوب^۴ ترکیب می‌کند (فرماندهی ایالت تگزاس برای اوتیسم^۵، ۲۰۱۱)، بر نقش‌های کلیدی که شناخت در رفتار فرد بازی می‌کند، تاکید می‌کند و اینکه اگر شناخت بتواند تغییر کند، چگونه در پی آن رفتار تغییر خواهد کرد. به بیان دیگر افراد نمی‌توانند متفاوت از آنچه فکر می‌کنند، رفتار کنند. پس تغییر تنها زمانی که افراد بتوانند شناخت خود را تغییر دهند، اتفاق می‌افتد. ارتباطات یک جزء اصلی در این رویکرد می‌باشد و در کمک به افراد برای تشخیص رفتارهای نامطلوب اساسی است، دلیلی برای این اتفاق، گزینه‌هایی است که می‌تواند جایگزین رفتارهای نامطلوب شود و رفتارهای مطلوب را تحقق بخشد. در این رویکرد فرد عامل تغییر است و الزامی است که افراد با دیگران ارتباط برقرار کنند تا رفتار نامطلوب را تشخیص دهند و اصلاح کنند، مسئولیت و حدود اختیارات در نهایت به عهده خود فرد است (کمرا، اسپوسیتو و برین^۶، ۲۰۱۳). هنگامی که CBM اجرا می‌شود، فرد تغییر در چگونگی تفکر و چگونگی پاسخ به احساساتی مانند اضطراب، غم و خشم را شروع می‌کند (شبکه همکاری تعاملی اوتیسم^۷، ۲۰۱۰). بر خلاف سایر تکنیک‌های اصلاح رفتار که آموزش‌دهنده، رهبر است، CBM به دانشجویان آموزش می‌دهد که پیشرفت را به سمت اهداف از پیش تعیین شده یا استاندارد به‌طور مستمر ارزیابی کنند. بنابراین دانشجویان برای تنظیم فعالیت‌های خود و تشخیص موفقیت صاحب اختیار هستند (فریزر، بلزner و کانت^۸، ۱۹۹۲، سوگارت^۹، ۱۹۹۸). مدیریت شناختی- رفتاری یک راه حل مناسب برای اصلاح نقایص و افراط‌های رفتاری ارائه کرده و به تکنیک‌هایی اشاره دارد که ابزار لازم جهت کنترل رفتار را برای افراد مهیا و بر اصلاح افکار به‌منظور تغییر احساس و رفتار تاکید می‌کند (کورتنی^{۱۰}، ۲۰۱۰). با جزییات بیشتر، مدیریت شناختی- رفتاری به گرایش‌های کاربردی و تنوع‌یکی برمی‌گردد که در سه فرضیه‌ی زیر مشترک هستند: الف) رفتار یک فرد متأثر از رویدادهای

-
1. cognitive behavioral management
 2. intervention
 3. encourage
 4. desirable behavior
 5. Texas statwide Leadership For Autism
 6. Camera, Esposito, Brien
 7. Interactive Collaborative Autism Network (ICAN)
 8. Fraser, Belzner & Conte
 9. Swaggart
 10. Courtney

شناختی است، ب) تغییر در رویدادهای واسطه منجر به تغییر در رفتار می‌شود و ج) فرد یک عضو فعال در یادگیری‌هایش است. رویکرد شناختی - رفتاری فرض می‌کند که افراد، قابلیت و میل برای نظارت و اداره رفتارشان را دارند. مدیریت شناختی - رفتاری قصد دارد تا به افراد آموزش دهد که بر رفتار، پویایی و عملکردشان نظارت کنند و به نحو شایسته‌ای، خودتقویتی را توزیع کرده، به معنای دقیق کلمه، بر اصلاح تفکر به منظور تغییر احساس و رفتار تاکید می‌کند. درمانگر تلاش می‌کند تا فرآیند شناختی فرد را با استفاده از سیستم تغییر رفتار جهت اصلاح فکر و نه تنها رفتار، فعال کند (مرکز فرماندهی اتیسم ایالت تگزاس، ۲۰۱۱). همچنین مدیریت شناختی - رفتاری (CBM) یک دوره‌ی گسترده است که خودکنترلی را از طریق آگاهی از فرآیندهای شناختی و دانش اینکه چگونه رفتار بر پیامدهای رفتاری و تحصیلی اثر می‌گذارد، آموزش می‌دهد. بر خلاف دیگر شکل‌های مدیریت رفتار، مداخله CBM بر دانش‌آموزان به‌جای آموزش‌دهندگان تاکید می‌کند. به علاوه، وقتی CBM به شکل موفقیت‌آمیزی اجرا شود، دانشجویان می‌توانند آن را به محیط‌های چندگانه تعمیم دهند (سوگارت، ۱۹۹۸). این نوع مداخله، باید با ایجاد یک پایه برای پیشرفت و توانبخشی مستمر، فراتر از مدیریت علائم مرضی برود (باراباس، باراباس^۱، سوگارت، ۱۹۹۸). در پژوهش‌های چندی اثربخشی آموزش‌های شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی بررسی شده است از جمله کهرازی، دانش و آزاد فلاح (۱۳۹۰) در پژوهشی بر روی بیماران دچار سرطان به بررسی اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی پرداختند و نتایج حاکی از بهبودی و تفاوت معنی‌دار گروه آزمایش در تمامی ابعاد مقیاس‌های کیفیت زندگی در مقایسه با گروه گواه بود. همچنین وضعیت بهتر آنها در ابعاد ایفای نقش، عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی و مقیاس عملکردی نسبت به گروه گواه را نشان داد. بعد از ۲ ماه پیگیری نتایج به‌دست آمده در دو گروه را تایید کرد. ستوده اصل، نشاط دوست، کلانتری، طالبی و خسروی (۱۳۸۹)، نیز به مقایسه‌ی دو روش دارودرمانی و درمان شناختی - رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی پرداختند و نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تغییرات کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش به‌صورت معنی‌داری بیش از گروه شاهد بوده و اثرات درمان هنوز پس از چهار ماه برقرار بود. همچنین نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی - رفتاری با تمرکز بر نگرش‌های ناکارآمد ویژه‌ی بیماری صرع، به‌عنوان یک درمان مکمل در زمینه‌ی بهبود کیفیت زندگی این بیماران، دارای کارایی قابل ملاحظه‌ای می‌باشد. لوپز، آنتونی، پندو، ویسس، کروپیس و همکاران^۲ (۲۰۱۱) در پژوهشی آزمایشی بر روی افراد با نشانگان خستگی مزمن به بررسی تاثیر مدیریت

1. Barabasz & Barabasz
2. Lopez, Antoni, Penedo, Weiss, Cruess & Coworker

شناختی- رفتاری استرس بر اضطراب، کیفیت زندگی و نشانگان خستگی مزمن پرداختند. تجزیه و تحلیل واریانس مکرر اثر قابل توجهی بر میزان استرس، اختلالات خلقی و همچنین نمرات کیفیت زندگی نشان داد. همچنین شرکت‌کنندگان در دوره‌های مدیریت شناختی- رفتاری استرس بهبود بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند و کاهش در نشانه‌های سندرم خستگی مزمن را گزارش کردند. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری استرس برای مدیریت اضطراب، بهبود کیفیت زندگی و تخفیف شدت نشانه‌های سندرم خستگی مزمن مفید است. اونام^۱ (۲۰۱۱) به بررسی تاثیر مداخله‌ی شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه پرداخت. نتایج آماری و بالینی بهبود در همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی در اکثریت شرکت‌کنندگان را نشان داد. همچنین کروب و وارشرگر^۲ (۲۰۱۲)، به ارزیابی مدیریت شناختی- رفتاری درد برای کودکان مبتلا به درد مزمن شکمی پرداخته که نتایج نشان داد کودکان در گروه مداخله کاهش درد را تجربه کردند و همچنین در کیفیت زندگی وابسته به سلامت، نسبت به گروه کنترل بهبود نشان دادند که اندازه‌ی تاثیر از متوسط تا بالا بود. بررسی درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران قلبی نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری تاثیر معناداری بر نمره‌ی کل کیفیت زندگی و سه زیر مقیاس آن دارد. به نظر می‌رسد در کنار سایر درمان‌ها، مداخله‌ی شناختی- رفتاری روش مناسبی برای بهبود کیفیت زندگی است (خیام نکویی، یوسفی و منشی، ۲۰۱۲). بر این اساس ممکن است از طریق آموزش‌های گروهی مبتنی بر مدیریت شناختی- رفتاری بتوان ضمن شناخت و درک شرایط روانی بهتر مخاطبین دوره‌های آموزشی، شرایط را برای پرورش نیروهایی توانمند و متخصص مهیا نمود.

در جمع‌بندی پایانی از نظریات و پژوهش‌هایی که اشاره شد، می‌توان گفت که هر یک از پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی اثربخشی آموزش‌های شناختی- رفتاری در گروه‌های مختلف کودک تا بزرگسال مجرد تا متأهل و زن و مرد به انجام رسیده، اثربخشی آن را مستند ساخته‌اند. اما تا کنون در عرصه‌ی آموزش‌های شناختی- رفتاری، اثربخشی مدیریت شناختی- رفتاری (CBM) بر کیفیت زندگی بررسی نگردیده است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مدیریت شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان (اصفهان) انجام گرفت تا از این طریق تاثیر احتمالی این شیوه‌ی درمانی در افزایش کیفیت زندگی بارز و مستند شود.

-
1. Unam
 2. Groß , Warschburger

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی بود. متغیر مستقل در این پژوهش آموزش مدیریت شناختی - رفتاری (CBM) و متغیر وابسته کیفیت زندگی و هشت بعد آن (عملکرد جسمانی^۱، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی^۲، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی^۳، سلامت عاطفی^۴، خستگی یا نشاط^۵، عملکرد اجتماعی^۶، درد^۷، سلامت عمومی^۸) در نظر گرفته شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) در پاییز ۱۳۹۱ تشکیل دادند که طی فراخوانی توسط دفتر انجمن روانشناسی دانشگاه از دانشجویان علاقمند به شرکت در پژوهش ثبت‌نام به عمل آمده و سپس ۴۴ نفر از میان آنها انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۲۲ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. سپس پیش‌آزمون (پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36) بر روی دو گروه اجرا شد و پس از آن افراد گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۵ هفته و هر هفته ۲ جلسه تحت آموزش مدیریت شناختی - رفتاری (CBM) قرار گرفتند. در حالی که برای گروه گواه، آموزشی انجام نگرفت. پس از اتمام جلسات آموزش، از دو گروه در شرایط یکسان، پس‌آزمون (اجرای پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF-36) به عمل آمد. در انتهای دوره و هنگام جمع‌آوری اطلاعات، به علت عدم حضور ۲ نفر از افراد گروه آزمایش در همه جلسات آموزش و کامل نبودن ۲ پرسشنامه‌ی گروه گواه، دو نفر از هر گروه حذف و اعضا هر گروه به ۲۰ نفر تقلیل یافتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه کیفیت زندگی^۹؛ این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط جان ورن^{۱۰} ارائه شده و شامل ۳۶ سوال می‌باشد. پرسشنامه‌ی SF-36 این قابلیت را دارد که به ۸ بعد خلاصه شود. در این پرسشنامه ۱ سوال نیز به بررسی تغییر در سلامت می‌پردازد. طی تحقیقات گوناگون در کشورهای مختلف به خصوص آمریکا (آکادمی نورولوژی آمریکا) پرسشنامه‌ی SF-36 را به عنوان بهترین معیار

1. physical function
2. role physical
3. role emotional
4. mental health
5. vitality
6. social function
7. bodily pain
8. general health
9. quality of life questionnaire
10. John Ware

ارزیابی کیفیت زندگی در برخی بیماری‌های نورولوژیک خصوصا ام.اس، صرع و اختلالات حرکتی معرفی کرده است (صحت، ۱۳۸۲). این پرسشنامه در برخی از تحقیقات به منظور ارزیابی «کیفیت زندگی ادراک شده» نیز مورد استفاده قرار گرفته است؛ از جمله بالان^۱ (۲۰۰۷)، ارشیهارا، فوکاهارا، تای، موریتا و چپاهارا^۲ (۲۰۰۷) و سارجرت و وین رایت^۳ (۲۰۰۷). مفاهیمی که توسط این پرسشنامه پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله‌ی ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه‌ی تشکیل‌دهنده‌ی سلامت به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه‌ی مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط و سلامت عاطفی) (اورلی^۴، ۱۹۹۲).

اعتبار سازه‌ی این پرسشنامه در مطالعات صورت گرفته توسط مک هورنی، ور، راجرز، رازک و لو^۵ (۱۹۹۲)، مک هورنی، ور و رازک^۶ (۱۹۹۳)، مک هورنی، ور، لو و شربوم^۷ (۱۹۹۴)، ور، کوسینکی و کلر^۸ (۱۹۹۵)، کلر، بیلیس، ور، هسو و دمیانو^۹ (۱۹۹۸)، ور، کوسینکی، گاندک، آرونسون، آلسو و همکاران^{۱۰} (۱۹۹۸) و جنکینسون، استوارت، پترسن و پیاس^{۱۱} (۱۹۹۹) در حد مطلوب گزارش شده است. اعتبار ملاک این پرسشنامه در مطالعات صورت گرفته توسط جنکینسون، کالتر و رایت^{۱۲} (۱۹۹۳)، الیوت، رینر و پالچر^{۱۳} (۲۰۰۳) مناسب گزارش شده است. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در مطالعات صورت گرفته توسط ور و گاندک^{۱۴} (۱۹۹۴)، بولینگر^{۱۵} (۱۹۹۵)، سانسون-فیشر و پرکینس (۱۹۹۸) و هاپمن، برگر، جوزف، توحید، وندرکوف و همکاران^{۱۶} (۲۰۰۴) مناسب

-
1. Ballan
 2. Urushihara, Fukuhara, Tai, Morita & Chihara
 3. Sargert, Wainwright
 4. Orley
 5. McHorney, Ware, Rogers, Raczek & Lu
 6. McHorney, Ware & Raczek
 7. McHorney, Ware, Lu & Sherbourne
 8. Ware, Kosinski & Keller
 9. Keller, Bayliss, Ware., Hsu & Damiano
 10. Ware, Kosinski, Gandek, Aaronson, Alonso & etal
 11. Jenkinson, Stewart-Brown, Petersen & Paice
 12. Jenkinson, Coulter & Wright
 13. Elliott, Renier & Palcher
 14. Ware & Gandek
 15. Bullinger
 16. Hopman, Berger, Joseph, Towheed, Vandenberg & etal

گزارش شده است. آلفای کرونباخ برای مولفه‌ی وضعیت جسمی^۱ (شامل سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و درد)، ۰/۹۲ و برای مولفه‌ی وضعیت روانی^۲ (عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی و محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی)، ۰/۹۱ به دست آمده است. پایایی این پرسشنامه از جنبه‌ی ثبات درونی در مطالعات صورت گرفته توسط مک هورنی، ور، لو و شربوم (۱۹۹۴)، ور و گاندک (۱۹۹۴)، مک کالوم^۳ (۱۹۹۵)، گاندک و ور^۴ (۱۹۹۸)، سانسون- فیشر و پرکینس^۵ (۱۹۹۸)، گاندک^۶ (۲۰۰۴)، خوب گزارش شده است (گروه است (گروه یافته‌های سلامت استرالیا، ۲۰۰۷).

پرسشنامه‌ی فوق توسط معتمد، آیت الهی و صادقی حسن آبادی (۱۳۸۱) بر روی کارکنان دانشگاه شیراز و توسط منتظری، گشتاسی و وحدانی (۲۰۰۵) بر روی جمعیت سالم بالای ۱۵ سال شهر تهران و توسط محمدپور، اسماعیلی، ضیابخش طبری و واعظ زاده (۱۳۸۶) بر روی جمعیت بالای ۴۰ سال مازندران تعیین اعتبار شده است. این پرسشنامه در بسیاری از کشورها از جمله ایران تعیین اعتبار شده و از پایایی بالایی برخوردار است (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۹) (ترقی، ایلی، عابدینی، زروانی و خوشنما، ۱۳۸۶).

روش اجرا و تحلیل داده‌ها: خلاصه‌ای از جلسات مربوط به آموزش مدیریت شناختی- رفتاری در این پژوهش که بر گرفته از کتاب خوب فکر کنید، خوب احساس کنید (استالارد، ۲۰۰۲) و راهنمای درمانگران درمان‌های شناختی- رفتاری کوتاه مدت (کولی و تتن^۸، ۲۰۰۸) به گروه آموزش آموزش مدیریت شناختی- رفتاری ارائه شده شامل موارد ذیل است:

1. physical component summary
2. mental component summary
3. McCallum
4. Gandek & Ware
5. Sanson-Fisher & Perkins
6. Gandek
7. Stallard
8. Cully & Teten

جلسه اول	معرفی روش مدیریت شناختی- رفتاری
جلسه دوم	معرفی افکار خودآیند، نظارت بر افکار و شناسایی افکار منفی متداول
جلسه سوم	شناسایی تحریفات شناختی رایج
جلسه چهارم	ارزیابی شناختی، ارزیابی افکار، بازسازی شناختی و افکار متعادل
جلسه پنجم	شناسایی باورهای هسته‌ای، به چالش کشیدن و ارزیابی باورهای هسته‌ای
جلسه ششم	کنترل افکار با استفاده از تجارب رفتاری، خاطرات مثبت، خودگویی مثبت و توقف فکر
جلسه هفتم	آگاهی از هیجانات و نظارت بر هیجانات
جلسه هشتم	کنترل احساسات با استفاده از مدیریت هیجان، ریلکسیشن و کنترل تنفس
جلسه نهم	تغییر رفتار با استفاده از نظارت بر رفتارها، برنامه‌ریزی مجدد رفتاری، مواجهه و پرهیز از پاسخ
جلسه دهم	آموزش حل مشکل با گزینه‌های جایگزین و آموزش خود دستوری

داده‌های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری (*MANCOVA*) با استفاده از بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی نسخه‌ی ۱۶ (*SPSS16*) بررسی شد. در تحلیل کواریانس انجام شده، کیفیت زندگی و ۸ خرده مقیاس آن به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. دو پیش فرض عادی بودن توزیع نمرات و تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در تحلیل‌های انجام گرفته مد نظر قرار گرفته‌اند. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیروف پیش فرض عادی بودن توزیع نمرات را در سطح بالاتر از ۰.۵٪ برای تمامی متغیرها (به‌جز محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی از نظر نرمال بودن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی و وضعیت جسمی از نظر نرمال بودن در پس‌آزمون) و آزمون لوین پیش فرض تساوی واریانس نمرات گروه‌ها را در سطح بالاتر از ۰.۵٪ تایید کرد. بر اساس منابع موجود (گلاس و استنلی^۱، ۱۳۶۸)، آزمون‌های پارامتریک در برابر نقض نسبی پیش فرض‌هایی نظیر نرمال بودن توزیع متغیرها و برابری واریانس‌های خطا به‌طور نسبی استحکام دارند.

یافته‌ها

در جداول ۱ و ۲ میانگین و انحراف معیار کیفیت کلی زندگی و ابعاد آن در گروه‌های پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌صورت تعدیل شده (پس از کنترل اثرات پیش‌آزمون) ارائه شده است.

1. Glass & Stanley

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در گروه‌های پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون

ردیف	ابعاد کیفیت زندگی	آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
			SD	M	SD	M
۱	عملکرد جسمانی	پیش آزمون	۷۴/۲۵	۱۶/۶۴	۸۱/۵	۱۳/۳۲
		پس آزمون	۸۵/۷۵	۱۵/۲۴	۸۱/۵	۱۵/۹۸
۲	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	پیش آزمون	۶۸/۷۵	۲۵/۴۹	۶۱/۲۵	۳۵/۷۹
		پس آزمون	۴۶/۲۵	۳۱/۷	۷۲/۲۵	۳۰/۶۷
۳	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	پیش آزمون	۶۵	۳۶/۶۳	۶۱/۶۶	۳۹/۴
		پس آزمون	۴۵	۳۲/۹۳	۵۸/۳۳	۳۷/۲۷
۴	خستگی یا نشاط	پیش آزمون	۶۸	۱۹/۲۹	۶۰/۷۵	۱۹/۴۱
		پس آزمون	۵۷	۱۶/۸۱	۸۶/۲۵	۲۲/۳۵
۵	سلامت عاطفی	پیش آزمون	۵۹/۱	۱۸/۵۶	۶۱/۲۵	۲۱/۴۲
		پس آزمون	۷۱/۶	۱۹/۰۵	۶۰/۲	۲۲/۳۷
۶	عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	۶۱/۸۷	۲۱/۶۴	۶۱/۲۵	۲۱/۴۲
		پس آزمون	۷۴/۳۷	۲۰/۴۷	۶۲/۵	۲۳/۶۴
۷	درد	پیش آزمون	۶۳/۱۶	۲۱/۴۳	۶۲/۲۵	۲۱/۳۵
		پس آزمون	۵۹/۵۱	۲۱/۱	۷۳/۶۲	۱۸/۲۷
۸	سلامت عمومی	پیش آزمون	۶۰	۱۶/۳	۶۵	۱۴/۳۳
		پس آزمون	۷۴/۲۵	۱۵/۹۱	۶۶/۲۵	۱۵/۸۸

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار کیفیت کلی زندگی در گروه‌های پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون

شرح	آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		SD	M	SD	M
کیفیت کلی زندگی	پیش آزمون	۵۷/۶۹	۱۷/۲	۶۵/۲۲	۱۷/۱
	پس آزمون	۷۰/۶۹	۱۵/۶۷	۶۴/۴۲	۱۶/۵۸

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شده بر پس آزمون کیفیت کلی زندگی و ابعاد آن بعد از کنترل پیش آزمون در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر پس‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی پس از کنترل پیش‌آزمون

معناداری	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	ابعاد کیفیت زندگی	ردیف
۰/۳۹	۰/۷۹	۱۲۲/۷	۱	۱۲۲/۷	عملکرد جسمانی	۱
۰/۹۱	۰/۰۱	۱۳/۲۸	۱	۱۳/۲۸	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	۲
۰/۷۸	۰/۰۸	۱۲۲/۸۷	۱	۱۲۲/۸۷	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	۳
۰/۰۰۴	۱۱/۷۷	۳۱۳۸/۷۴	۱	۳۱۳۸/۷۴	خستگی یا نشاط	۴
۰/۰۱	۸/۰۸	۲۹۸۴/۲۱	۱	۲۹۸۴/۲۱	سلامت عاطفی	۵
۰/۰۳	۵/۹۷	۲۱۴۴/۸۳	۱	۲۱۴۴/۸۳	عملکرد اجتماعی	۶
۰/۰۰۷	۹/۸۴	۲۵۲۶/۴	۱	۲۵۲۶/۴	درد	۷
۰/۰۰۸	۹/۳۹	۱۱۵۷/۱۲	۱	۱۱۵۷/۱۲	سلامت عمومی	۸

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر پس‌آزمون کیفیت کلی زندگی پس از کنترل پیش‌آزمون

معناداری	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شرح
۰/۰۷	۳/۷۷	۷۹۴/۴۴	۱	۷۹/۴۴	کیفیت کلی زندگی

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در عملکرد جسمانی محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی و در جدول ۴ در کیفیت کلی زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری ($P > 0/05$) وجود ندارد.

اما همانطور که در جدول ۳ ردیف ۴ مشاهده می‌شود، خستگی و نشاط دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F = 11/77$ و $P < 0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی آتا برابر با ۰/۴۶ و به این معنی است که ۴۶٪ تفاوت گروه‌ها در خستگی و نشاط مربوط به آموزش مدیریت شناختی-رفتاری بوده است. توان آزمون نیز برای خستگی یا نشاط برابر با ۰/۸۹ بوده و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۰/۸۹٪ توان تفاوت‌های بین گروه‌ها را بر پایه‌ی تعداد نمونه‌ی مورد مطالعه (هر گروه ۲۰ نفر) تایید نموده است.

در ردیف ۵ جدول ۳ مشاهده می‌شود که سلامت عاطفی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F = 8/08$ و $P < 0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی آتا برابر با ۰/۳۷ بوده و به این معنی است که ۳۷٪ تفاوت گروه‌ها در سلامت عاطفی مربوط به آموزش مدیریت شناختی-رفتاری

بوده است. توان آزمون نیز برای سلامت عاطفی برابر با ۰/۷۵ بوده و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۰/۷۵٪ توان تفاوت‌های بین گروه‌ها را بر پایه‌ی تعداد نمونه‌ی مورد مطالعه (هر گروه ۲۰ نفر) تایید نموده است.

چنان‌که در جدول ۳ ردیف ۶ مشاهده می‌شود، عملکرد اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=5/97$ و $P<0/05$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۳ بوده و به این معنی است که ۳۰٪ تفاوت گروه‌ها در عملکرد اجتماعی مربوط به آموزش مدیریت شناختی - رفتاری بوده است. توان آزمون نیز برای عملکرد اجتماعی برابر با ۰/۶۲ می‌باشد و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۰/۶۲٪ توان تفاوت‌های بین گروه‌ها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۲۰ نفر) تایید نموده است.

در جدول ۳ ردیف ۷ مشاهده می‌شود که در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=9/84$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۴۱ بوده و به این معنی است که ۴۱٪ تفاوت گروه‌ها در درد مربوط به آموزش مدیریت شناختی - رفتاری بوده است. توان آزمون نیز برای درد برابر با ۰/۸۳ می‌باشد و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۰/۸۳٪ توان تفاوت‌های بین گروه‌ها را بر پایه‌ی تعداد نمونه‌ی مورد مطالعه (هر گروه ۲۰ نفر) تایید نموده است. و بالاخره همانطور که در جدول ۳ ردیف ۸ مشاهده می‌شود، سلامت عمومی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=9/39$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۴ و به این معنی است که ۴۰٪ تفاوت گروه‌ها در سلامت عمومی مربوط به آموزش مدیریت شناختی - رفتاری بوده است. توان آزمون نیز برای سلامت عمومی برابر با ۰/۸۱ بوده و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۰/۸۱٪ توان تفاوت‌های بین گروه‌ها را بر پایه‌ی تعداد نمونه‌ی مورد مطالعه (هر گروه ۲۰ نفر) تایید نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش که با هدف تعیین تاثیر آموزش مدیریت شناختی - رفتاری (CBM) بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان انجام شد، نشان داد که (CBM) بر بهبود ۵ بعد کیفیت زندگی (خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی) دانشجویان موثر است.

در زمینه‌ی تاثیر آموزش مدیریت شناختی - رفتاری (CBM) بر کیفیت زندگی و ابعاد آن تاکنون پژوهشی انجام نپذیرفته است. اما پژوهش‌های به نسبت زیادی تاکنون در عرصه‌ی نقش آموزش‌های شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی در داخل و خارج از ایران انجام شده و جملگی یا اکثریت این مطالعات حاکی از تاثیر مثبت آموزش‌های شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی کسانی است که از طریق این آموزش‌ها مورد یاری‌رسانی قرار گرفته‌اند.

برای نمونه پژوهشگرانی چون کهرازئی، دانش و آزادفلاح (۱۳۹۰)، ستوده اصل، نشاط دوست، کلانتری، طالبی و خسروی (۱۳۸۹)، خیام نکویی و همکاران (۲۰۱۲) در داخل ایران و پژوهشگرانی چون کروب و وارشبرگر (۲۰۱۲)، اونام (۲۰۱۱) و لوپز، آنتونی، پندو، ویسس، کرویسس و همکاران (۲۰۱۱) در خارج از ایران حاکی از آن است که درمان‌های مبتنی بر آموزش شناختی و رفتاری شیوه‌ای موثر در بهبود کیفیت زندگی است. بر این اساس یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گزارش شده توسط این پژوهشگران به ویژه در حوزه‌ی تاثیر آموزش مدیریت شناختی- رفتاری بر خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی همسویی نشان می‌دهد. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان از آن دارد که آموزش مدیریت شناختی- رفتاری در جمعیت‌های غیر بالینی نظیر دانشجویان بیشترین تاثیر خود را بر خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی بر جای می‌گذارد. از لحاظ نظری می‌توان گفت همانطور که سازمان بهداشت جهانی اعلام داشته، اگر کیفیت زندگی را متمرکز بر احساس خوب داشتن و رضایت از زندگی بدانیم (خیام نکویی، یوسفی و منشی، ۱۳۸۹)، می‌توانیم تاثیر آموزش‌های مدیریت شناختی - رفتاری بر خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی را از طریق وقوع فرایندهای شناختی و عاطفی واسطه‌ای نظیر رضایت از زندگی و احساسات معطوف به بهزیستی شناختی و عاطفی تبیین نماییم. به این معنی که وقتی فرد از طریق آموزش‌های شناختی و رفتاری فرا می‌گیرد که بر اینجا و اکنون تمرکز کرده و از آینده‌نگری‌های نگران‌کننده و بی‌فایده دوری کند (هاوتون و کیس، ۱۳۸۹)، به‌طور کاملاً منطقی خود و زندگی‌اش را از بند تفکرات منفی و نگران‌کننده رهایی بخشیده و از آن طریق نشاط بیشتر، درد کمتر، سلامت عمومی و عاطفی بالاتری نسبت به کسانی که چنین رویه‌های شناختی و رفتاری را در زندگی در پیش نمی‌گیرند، تجربه خواهند کرد. البته بدون تردید پیش از احساس نشاط بیشتر، درد کمتر، سلامت عمومی و عاطفی بالاتر افراد حالات عاطفی منفی‌شان کاهش و در مقابل حالات عاطفی مثبت‌شان تقویت می‌شود. این تبیین با تاکید میلند^۱ (۱۹۹۷) بر این که رضایت و خشنودی در کیفیت زندگی نقشی محوری و مرکزی دارند، همسویی و همخوانی دارد.

از طرف دیگر شواهد حاصل از مطالعات گسترده و فراگیر حاکی از آن است که آموزش‌های شناختی- رفتاری با یاری‌رسانی به انسان‌ها برای مقابله با واکنش‌های هیجانی منفی و اصلاح شناخت غیر منطقی افراد را به زندگی خوشبین‌تر و امیدوارتر می‌کند (لی یونگ، چانگ، چویی، مک و وانگ، ۲۰۱۱). از این منظر نیز می‌توان گفت که یکی دیگر از ساز و کارهای احتمالی تاثیر

^۱. Myland

^۲. Leung, Chiang, Chui, Mak & Wong

آموزش‌های مدیریت شناختی - رفتاری بر خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی ارتقاء سطح توانایی مقابله افراد با هیجانات منفی و شناخت‌های غیر منطقی است. به احتمال زیاد ساز و کارهای واسطه‌ای ارتقاء حالات عاطفی مثبت که در پاراگراف قبلی مورد اشاره قرار گرفت، به صورت موازی با ساز و کار ارتقاء سطح توانایی مقابله‌ی افراد با هیجانات منفی و شناخت‌های غیرمنطقی در سطح روانی و شناختی در افراد اتفاق می‌افتد. بر همین اصل، بسیار مفید و آگاهی‌بخش است که در پژوهش‌های آینده عواطف مثبت و توانایی مقابله با افکار و هیجانات منفی به‌عنوان ساز و کارهای واسطه‌ای برای اثربخشی آموزش‌های شناختی و رفتاری بر کیفیت زندگی و مولفه‌های آن مورد بررسی قرار گیرد.

اما در سه حوزه دیگر یعنی در حوزه‌های عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی بین دو گروه آزمایش (آموزش مدیریت شناختی و رفتاری) و گروه کنترل، در پژوهش حاضر تفاوت معناداری به‌دست نیامد (جدول ۳). دلایل نظری چندی در مورد عدم تفاوت معنادار بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پژوهش حاضر قابل طرح است. یکی از دلایل ممکن است به نوع آموزش‌های مدیریت شناختی و رفتاری به‌کار گرفته شده در این پژوهش مربوط شود. در اصل هدف کلی از مداخله‌ی مدیریت شناختی - رفتاری به‌کار گرفته شده در این پژوهش، افزایش خودآگاهی، ساده کردن درک بهتر خود و بهبود خودکنترلی به‌وسیله‌ی بهبود مهارت‌های شناختی و رفتاری بوده است. این مداخله به نوعی به اعضای گروه آزمایش کمک نموده تا افکار و عقاید ناکارآمد که غالباً منفی، سوگیرانه و سرزنش‌کننده هستند را شناسایی نموده، فرآیند خود کنترلی، آموزش، بررسی و آزمایش نتایج افکار موجود، به‌وسیله‌ی شناخت کارآمدتر و مثبت‌تر جایگزین نمایند. همان‌طور که استالارد (۲۰۰۲) اشاره نموده، درک وسیع‌تر از ماهیت و دلایل احساسات ناخوشایند موجب جایگزین شدن هیجانات خوشایندتر با هیجانات نامطبوع قبلی شوند. چنین فرآیند جایگزینی نیازمند تمرین و تکرار مهارت‌های شناختی و رفتاری به اندازه کافی است. اگر به حوزه‌هایی که تفاوت معنادار در کیفیت زندگی بین گروه آزمایش و کنترل به‌دست نیامده توجه شود (عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی) عموماً شاهد عوامل مربوط به سلامت یا وضعیت جسمانی هستیم. بسیار محتمل است که آموزش‌های مدیریت شناختی و رفتاری استفاده شده در این پژوهش عموماً سلامت عاطفی و اجتماعی محور بوده باشند. لذا تاثیر چندانی بر حوزه‌های عملکرد و وضعیت جسمانی نداشته باشند. از چنین منظری بسیار احتمال می‌رود که برای تاثیر آموزش‌های مدیریت شناختی و رفتاری

بر وضعیت جسمانی و محدودیت‌های ناشی از آن و همچنین محدودیت ناشی از مشکلات هیجانی نیاز به واری و پیگیری دقیق همراه با جزییات در آموزش مدیریت شناختی و رفتاری باشد. در مجموع یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که در جمعیت غیربالینی نظیر دانشجویان، آموزش مدیریت شناختی و رفتاری معطوف به تاثیر بر مولفه‌هایی از کیفیت زندگی نظیر خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی است. این تاثیر با احتمال زیاد از طریق ساز و کارهای روانی، عاطفی و شناختی چندی نظیر ارتقاء سطح امیدواری، خوش‌بینی، توانایی مقابله با هیجانات و افکار منفی و ناکارآمد و احتمالا از طریق تقویت رضایت از زندگی و تاکید بر ارتباطات به وقوع می‌پیوندد. چنین تاثیراتی بالقوه مفید و مطلوب هستند. چرا که عموما دانشجویان را در مسیر کارآمدی هر چه مطلوب‌تر سوق می‌دهد. در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روانشناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به عدم کنترل عوامل مداخله‌گر و عدم همکاری آقاییان و مونث بودن نمونه‌ی پژوهشی اشاره کرد. محدودیت دیگر در پژوهش حاضر به این واقعیت باز می‌گردد که گروه نمونه‌ی پژوهش حاضر را جمعیتی غیر بالینی (دانشجویان) تشکیل داده‌اند، لذا در تعمیم نتایج به جمعیت‌های بالینی تا انجام پژوهش با این گروه‌ها باید احتیاط شود. امید است دیگر پژوهشگران علاقمند به حوزه‌ی روانشناسی سلامت و مثبت‌نگر بتوانند این پژوهش را در مطالعات بعدی با استفاده از گروه‌های مستقل دانشجویان مونث و مذکر و به صورت طرح‌های آزمایشی مورد بررسی قرار دهند تا از آن طریق بتوان نقش جنسیت را نیز بر اثربخشی نتایج مربوط به آموزش‌های مدیریت شناختی و رفتاری مورد بررسی قرار داد. همچنین مناسب است که در پژوهش‌های آینده تاثیر آموزش مدیریت شناختی- رفتاری بر توانایی کنترل افکار و باورهای ناکارآمد و معیوب در دانشجویان دختر و پسر را مورد بررسی قرار داده و یافته‌های این پژوهش را عمق ببخشند. با توجه به یافته‌های این پژوهش و سایر مطالعات در این زمینه پیشنهاد می‌شود که برای تقویت کیفیت زندگی به ویژه در عرصه‌هایی نظیر خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی، آموزش مدیریت شناختی- رفتاری به اشکال مختلف در دوران دانشجویی برای دانشجویان مد نظر قرار گیرد. علی‌رغم اینکه دانشجویان شرکت داده شده در این پژوهش از زمره دانشجویانی بوده‌اند که در عرصه کیفیت زندگی مشکل جدی و مساله‌سازی نداشته‌اند، ولی از آنجایی که آموزش مدیریت شناختی- رفتاری ارائه شده در این پژوهش تاثیر مثبت و ارتقاء دهنده‌ای حداقل در پنج حوزه‌ی کیفیت زندگی را نشان داد(البته به نظر می‌رسد که در عرصه‌ی کیفیت کلی زندگی نیز این ارتقاء تا اندازه زیادی قابل طرح و بسط است)، برگزاری کارگاه‌های آموزشی مدیریت شناختی- رفتاری موازی با آموزش‌های دانشگاهی و معرفی کتب

شناختی و رفتاری دارای متن روان و خودآموز مهارت به دانشجویان می‌تواند راه حلی کاربردی برای ارتقاء کیفیت زندگی دانشجویان باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود که آموزش مدیریت شناختی- رفتاری به اشکال مختلف در دوران دانشجویی از طریق برگزاری سخنرانی‌هایی توسط استادان و روانشناسان مجرب به اطلاع دانشجویان رسانده شود.

منابع

- ترقی زهره، ایلابی احترام السادات، عابدینی محمود، زروانی اشرف، خوش نما ابراهیم، محمدپور رضا علی، قانع نفیسه، مختارپور راضیه (۱۳۸۶)، کیفیت زندگی بیماران عضو انجمن مولتیپل اسکروز مازندران، فصلنامه پرستاری ایران ۵۰، صص ۵۱-۵۹.
- خیام نکویی زهره، یوسفی علی رضا، منشنی غلامرضا (۱۳۸۹)، تاثیر آموزش های شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی، *مجله ایرانی علوم پزشکی* ۱۰، صص ۱۵۳-۱۴۸.
- ستوده اصل نعمت، نشاط دوست حمید طاهر، کلاتتری مهرداد، طالبی هوشنگ، خسروی علیرضا (۱۳۸۹)، مقایسه دو روش دارو درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی، *فصلنامه کومش* ۱۱، صص ۲۹۴-۳۰۱.
- شایق بهجت (۱۳۸۵)، رابطه بین کیفیت زندگی و رضایت شغلی پرستاران بخش های مختلف بیمارستان (دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان.
- صحت محمود، اعتمادی فر مسعود، زارع محمد (۱۳۸۲)، بررسی رابطه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروز با برخی از ویژگی های دموگرافیک شرکت کننده در جلسات ماهیانه انجمن مولتیپل اسکروز شهر اصفهان در سال ۱۳۸۱، پایان نامه دکتری عمومی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان.
- کهرآزنی فرهاد، دانش عصمت، آزاد فلاح پرویز (۱۳۹۰)، اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان، *مجله روانشناسی کاربردی* ۵، صص ۲۳-۷.
- گلاس جین و، استانلی جولین سی (۱۳۶۸)، روش های آمار در تعلیم و تربیت و روانشناسی، ترجمه مهتاش اسفندیاری، جمال عابدی، چاپ اول، مرکز نشر دانشگاهی، تهران.
- هاوتون کرک، سالکوویس کیس کلارک (۱۳۸۹)، رفتار درمانی شناختی: راهنمایی کاربردی در درمان اختلالات روانی، ترجمه: حبیب الله قاسم زاده، چاپ سوم، انتشارات ارجمند، تهران.
- Barabasz, M., & Barabasz, A. (1996). Attention Deficit Disorder: Diagnosis, Etiology and Treatment. *Child Study*, 26(1), 1-37.
- Camera, A., Esposito, K., & Brien, C. O. (2013). Cognitive Behavior Management, In Behavior Management Traditional and Expanded Approaches (pp 91-109), University Press Of America Inco.
- Castro, E. K., Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., & Chem, C. (2012). Quality of Life, Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Brazilian Adults with Cancer: A Longitudinal Study. *Social Sciences & Humanities*, 3(4), 304-309.
- Courtney, K. (2010). The Effects That A Cognitive Behavior Modification Intervention Can Have On A Child With Behavioral Disabilities (M.A Thesis). New Jersey State University, Rowan.

- Cully, J. A. & Teten, A. L. (2008). *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Published by the Department of Veterans Affairs. South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center (MIRECC).
- Felce, D., Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74
- Fraser, C., Belzner, R., Conte, R. (1992). Attention deficit hyperactivity disorder and self-control: A Single Case Study of the Use of a Timing Device in the Development of Self-monitoring . *School Psychology International*, 13(4), 339-345.
- Grant, M. M., & Rivera, L. M. (1998). Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In *Quality of life from nursing and patient perspective* (3th ed.), Philadelphia: Jones and Bartlett publishers Sudbury Massachusetts.
- Groß, M. , Warschburger, P. (2012). Evaluation of a Cognitive– Behavioral Pain Management Program for Children with Chronic Abdominal Pain: A Randomized Controlled Study. *Behavioral Medicine*, 20(3), 434-443.
- Interactive Collaborative Autism Network (ICAN). (2010). What is cognitive behavioral management, Retrieved from <http://www.Autismnetwork.org/modules/behavior/cbm/lecture01.html>.
- Khayam Nekouei, Z., Yousefy, A., Manshaee, G. (2012). Cognitive-behavioral therapy and quality of life: An experience among cardiac patients. *Education and Health promotion*, 1(2), 1-4.
- Leung, S. S., Chiang, V. C., Chui, Y.Y., Mak, Y.W., Wong, D. F. (2011). A Brief Cognitive Behavioral Stress Management Program for Secondary School. *Occupational Health*, 53(1), 23-35.
- Lopez, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., Cruess, S., Segotas, M. C., Helder, L., Siegel, S., Klimas, N., Fletcher, M. A. (2011). A pilot study of Cognitive Behavior stress management effects on stress, quality of Life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Research*, 70(4), 328-334.
- Myland, D. K. (1997). Recognition and Treatment of Patients in The Vegetative. *American Managed Care*, 3(12), 1587-1880.
- Orley, J. (1992). News from World Health Organization. *Quality of life*, 1(4), 277-279.
- Seligman, M. (1999). Positive Psychology: An Introduction, *American Psychologist Association*, 55(1), 5-14.
- Seligman, S. (2000). Clinical Interviews with Families of Infants. *Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 1(1), 77-96.
- Stallard, P. (2002). *Think Good – Feel Good, A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People*. England, John Wiley & Sons Inco.
- Swaggart, B. L. (1998). Implementing a Cognitive Behavior Management Program. *Intervention in School and Clinic*, 33(4), 235-238.
- Texas Statewide Leadership for Autism (2011). *Cognitive Behavior Modification, Texas Guide For Effective Teaching Cognitive Behavior Modification*, Retrieved from <http://www.txautism.net>
- The Australian Health Outcomes Collaboration (AHOC). (2007). SF-36 Health Survey (Version 1), Retrieved from <http://www.ahsri.uow.edu.au>.
- Unam, U. (2011). Quality of Life and Breast Cancer: Effect of A Cognitive-Behavioral Intervention, *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. Behavioral Medicine*, 1(1), 69-80.