



## Comparing the Effectiveness of Combination Therapy Based on Psychological Resilience and Mindfulness to Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety, Depression, Stress, and Job Burnout in the Staff of Isfahan Regional Electric Company

Foroozan Irandoost<sup>1</sup>, Kooroush Namdari<sup>2\*</sup>, Hossein Samavatian<sup>3</sup>,  
Ahmad Abedi<sup>4</sup>

1. PhD Candidate, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: [froozanirandoost@yahoo.com](mailto:froozanirandoost@yahoo.com)
2. Corresponding author, Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: [k.namdari@edu.ui.ac.ir](mailto:k.namdari@edu.ui.ac.ir)
3. Associate Professor, Department of Industrial-Organizational Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: [h.samavatyan@edu.ui.ac.ir](mailto:h.samavatyan@edu.ui.ac.ir)
4. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: [a.abedi@edu.ui.ac.ir](mailto:a.abedi@edu.ui.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**  
Received: 16 Nov 2021  
Revised: 2 Jan 2022  
Accepted: 15 Jan 2022  
Published Online: 31 Jul 2023

**Keywords:**  
*Anxiety, Cognitive Behavioral Therapy, Combination Therapy Based on Psychological Resilience and Mindfulness, Depression, Job Burnout.*

### ABSTRACT

This study aimed to compare the effectiveness of combination therapy based on resilience and mindfulness with cognitive behavioral therapy on job burnout, anxiety, stress, and depression in the staff of Isfahan Regional Electric Company who suffered from a mixed anxiety-depressive disorder. This was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group. In 2021, the statistical universe included the whole male staff of Isfahan Regional Electric Company. 45 employees were selected using a purposeful sampling method based on entry and exit criteria and randomly assigned to one control group and two experimental groups. Maslach's job burnout inventory (MBI) and the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) were used to obtain the data. Statistical analyses were conducted using SPSS-23 and the multivariate covariance test and Tukey's post hoc procedure. Both applied therapeutic methods (CBT and Combined therapy) reduced anxiety, stress, depression, and burnout significantly in experimental group members. However, post hoc analyses revealed that there was no statistically significant difference between two methods for reducing dependent variables. According to the findings, the resilience and mindfulness-based combination therapy can be used in conjunction with other therapeutic protocols to ameliorate psychological disturbances such as mood and anxiety symptoms as well as job burnout in individuals.

**Cite this article:** Irandoost, F., Namdari, K., Samavatian, H., & Abedi, A. (2023). Comparing the Effectiveness of Combination Therapy Based on Psychological Resilience and Mindfulness to Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety, Depression, Stress, and Job Burnout in the Staff of Isfahan Regional Electric Company. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(2), 195-215. doi: 10.22059/japr.2023.334072.644090.





## مقایسه تأثیر درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی، استرس و فرسودگی شغلی کارکنان شرکت برق منطقه‌ای اصفهان

فروزان ایران‌دوست<sup>۱</sup>، کوروش نامداری<sup>۲\*</sup>، حسین سماواتیان<sup>۳</sup>، احمد عابدی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه: [froozanirandoost@yahoo.com](mailto:froozanirandoost@yahoo.com)

۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. رایانامه: [k.namdari@edu.ui.ac.ir](mailto:k.namdari@edu.ui.ac.ir)

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. رایانامه: [h.samavatyan@edu.ui.ac.ir](mailto:h.samavatyan@edu.ui.ac.ir)

۴. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. رایانامه: [a.abedi@edu.ui.ac.ir](mailto:a.abedi@edu.ui.ac.ir)

### چکیده

### اطلاعات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۱۰/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۵/۰۹

#### کلیدواژه‌ها:

اضطراب، افسردگی، درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی، درمان شناختی-رفتاری، فرسودگی شغلی.

هدف این مطالعه، مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با درمان شناختی-رفتاری بر فرسودگی شغلی و نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس در کارکنان با نشانگان اضطراب افسردگی مختلط در شرکت برق منطقه‌ای اصفهان بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود و در آن از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری، شامل تمامی مردان شاغل در شرکت برق منطقه‌ای اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به تصادف در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارش شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش (MBI) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 و روش تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی توکی انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد هر دو روش شناختی-رفتاری و درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی سبب کاهش معنادار اضطراب، استرس، افسردگی و فرسودگی شغلی در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش شده است. با این حال، نتایج آزمون تعقیبی نشان داد بین دو روش درمانی به کاررفته در کاهش متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود ندارد. با توجه به یافته‌های پژوهش، از درمان مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی می‌توان در کنار سایر پروتکل‌های درمانی دیگر برای کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی، از جمله مشکلات خلقی و اضطرابی و فرسودگی شغلی، در افراد کمک گرفت.

**استناد:** ایران‌دوست، ف.، نامداری، ک.، سماواتیان، ح.، و عابدی، ا. (۱۴۰۲). مقایسه تأثیر درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی، استرس و فرسودگی شغلی کارکنان شرکت برق منطقه‌ای اصفهان. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۲)، ۱۹۵-۲۱۵.

doi: 10.22059/japr.2023.334072.644090

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.334072.644090>

## ۱. مقدمه

افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین بیماری‌ها در جامعه و در میان تمام اقشار هستند (تیلر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) و میزان شیوع آن‌ها از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷، در سطح جهان به نحو چشمگیری افزایش یافته است (لیو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). جدا از تک‌تک اختلالات خلقی و اضطرابی، مشخص شده است که افسردگی، اضطراب و استرس همبودی زیادی نیز با هم دارند (بتلان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر، برخی افراد به نشانه‌های مخلوط اضطراب و افسردگی مبتلا هستند. اما نشانه‌های آن‌ها به اندازه کافی شدید نیست تا تشخیص یکی از بیماری‌های اضطراب یا افسردگی را ممکن سازد (هرانو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). ضمیمه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چاپ چهارم<sup>۵</sup>، اختلال اضطراب-افسردگی مختلط<sup>۶</sup> را نشانگانی بالینی تعریف می‌کند که به دلیل حضور مساوی علائم از هر دو اختلال، مشخص می‌شود که هیچ‌یک از آن‌ها در آستانه تشخیصی برای یک اختلال مشخص نیستند. این اختلال در جدیدترین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5 در ذیل اختلال افسردگی نامشخص توضیح داده شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). براساس نتایج پژوهش‌های مختلف، بیماران مبتلا به این اختلال، به‌طور معنی‌داری پیامدهای بدتری نسبت به مبتلایان به اضطراب یا افسردگی نشان می‌دهند و در عملکرد اجتماعی و پیشرفت بالینی در مقایسه با افسردگی یا اضطراب، نتایج بسیار متفاوت و به‌طور معنادار ضعیف‌تری دارند (تایر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

کارکنان سازمان‌های مختلف، از جمله افرادی هستند که همواره سطوحی از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند؛ زیرا این افراد به‌طور پیوسته، با انبوهی از عوامل استرس‌زا روبه‌رو هستند و می‌دانیم که استرس یکی از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر سلامتی کارکنان سازمان‌ها است (لادو<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). تجربه استرس و پریشانی‌های روان‌شناختی در محیط کار، پیامدهای ناخوشایندی مانند نارضایتی شغلی، فقدان احساس مسئولیت و شادی، خلق افسرده و مشکلات در روابط بین‌فردی را برای نیروی انسانی به همراه دارد (شکرکن، ۱۳۸۹) و تلاش برای سازگارشدهن با مشکلات و مسائل مرتبط با شغل، بر رفتار، نگرش و به‌طور کلی بهزیستی و سلامت روانی کارکنان تأثیر می‌گذارد (گنزالز-ناوارو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). از این‌رو توجه به مسائل روانی افراد و تلاش در جهت کاهش عوامل استرس‌زا و سایر پریشانی‌های روان‌شناختی در آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است.

در طول سالیان گذشته، روش‌های درمانی مختلفی برای درمان یا دست‌کم کاهش نشانه‌های اختلالات خلقی و اضطرابی، پیشنهاد و به‌کار گرفته شده که همه آن‌ها دارای قوت‌ها و ضعف‌های خاصی هستند. یکی از مهم‌ترین این درمان‌ها، درمان شناختی-رفتاری<sup>۱۱</sup> بوده است که براساس تحقیقات گذشته، بارها اثربخشی آن در کاهش اختلالات خلقی (حقیقت و محمدی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۸؛ ویلز و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۳؛ کوهلر و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۱؛ واتکینس و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۱) و اختلالات اضطرابی (منگولیمی و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۹؛ دوگاس و همکاران<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۰) و اضطراب-افسردگی مختلط (نیوبی و همکاران<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۳) حتی به‌صورت درمان درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کامپیوتر (اندروز و همکاران<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۸) و همچنین فرسودگی و استرس شغلی (انکلر و همکاران<sup>۱</sup>،

1. Tiller
2. Liu et al.
3. Batelaan, Spijker, de Graaf, & Cuijpers
4. Hranov
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth edition (DSM-IV)
6. mixed anxiety-depressive disorder
7. American Psychological Association (APA)
8. Tyrer, Seivewright, Simmonds, & Johnson
9. Ladou
10. González-Navarro, Zurriaga-Llorens, Tosin Olateju, & Llinares-Insa
11. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)
12. Haghighat & Mohammadi
13. Wiles et al.
14. Kohler et al.
15. Watkins et al.
16. Mangolini et al.
17. Dugas et al.
18. Newby et al.
19. Andrews et al.

۲۰۱۸؛ عطایی، ۱۳۹۹) به اثبات رسیده است. با این حال، این شیوه درمان دارای کاستی‌هایی است؛ برای نمونه، بیماران زیادی همچنان از علائم باقیمانده در هردو زمینه اختلال رنج می‌برند (همیلتون و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). گاهی نیز میزان پاسخ به درمان به‌ندرت از ۵۰ درصد فراتر می‌رود. به‌علاوه این درمان‌ها گران هستند و هزینه‌های سلامتی را برای سیستم‌های مراقبت بهداشتی افزایش می‌دهند (اولفسون و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). در برخی مناطق نیز دسترسی به روان‌درمانی برای بیماران، عملاً وجود ندارد (هولون و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). از این‌رو، پژوهشگران به دنبال یافتن روش‌های تازه‌ای برای کاهش این قبیل مشکلات در افراد مبتلا هستند.

اخیراً در حوزه آسیب‌شناسی روانی و به‌ویژه اضطراب و افسردگی، عوامل تازه‌تری به‌عنوان عوامل محافظت‌کننده مطرح شده‌اند. از جمله مکانیسم‌هایی که می‌توانند در این زمینه اثرات بسیار مثبتی داشته باشند، تاب‌آوری روان‌شناختی<sup>۵</sup> و ذهن‌آگاهی<sup>۶</sup> هستند.

تاب‌آوری یکی از مفاهیم و سازه‌هایی است که مورد توجه و مطالعه روان‌شناسی مثبت قرار گرفته است. شواهد زیادی نقش تاب‌آوری را در حفظ سلامت و رشد افراد بسیار مهم اثبات کرده‌اند (پرینس ایمبوری<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸) و محققان معتقدند با افزایش تاب‌آوری می‌توان به بیماران کمک کرد (فاوا و تومبا<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). تاب‌آوری عبارت است از حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، خوش‌بینی و داشتن احساسات مثبت در هنگام دشواری‌ها و خلاص شدن از موانع درونی (بوگر و هالس کیلاکی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). در واقع تاب‌آوری، فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار (جوینس و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸) و چیزی بیشتر از جان سالم به‌در بردن از استرس و ناملایمات زندگی است (یونانو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴). تاب‌آوری ممکن است در مدیریت، بازیابی و پیشگیری از عود بیماری‌های روانی مهم باشد (فاوا و تومبا، ۲۰۰۹). اختلالات افسردگی و اضطراب، ارتباط نزدیکی با تاب‌آوری دارند (کانور و ژانگ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶). با تقویت تاب‌آوری، فرد قادر خواهد بود در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به‌وجود آمدن پریشانی‌های روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی می‌شوند، مقاومت کند و بر آن‌ها غلبه کند؛ بنابراین تاب‌آوری با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن عوامل زیربنایی اضطراب و افسردگی، بهزیستی روانی افراد را تضمین می‌کند (کانور و ژانگ، ۲۰۰۶). پژوهش‌های مختلفی نیز گواه اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب و استرس (ورنسنینو و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۰؛ میلر و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴)، افسردگی و فرسودگی شغلی (اسلاتیر و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۷؛ میلر و همکاران، ۲۰۱۴؛ کنرادت و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۸؛ غلامی و واحدی، ۱۳۹۴) و افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی (برقی ایرانی، بگیان کوله‌مرز و هزاری، ۱۳۹۵) هستند.

از سوی دیگر، ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک همبسته با سلامت روان، مفهومی جدید است که در سال‌های اخیر در درمان بسیاری از اختلالات روان‌شناختی مورد توجه روان‌پزشکان و روان‌شناسان قرار گرفته است. ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (گیلبرت<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۷). تحقیقات سال‌های اخیر نشان داده‌اند ذهن‌آگاهی در بهبود فرایندهای شناختی مانند نشخوار، حواس‌پرتی و تغییر شکل

1. Anclair et al.
2. Hamilton et al.
3. Olfson et al.
4. Hollon et al.
5. psychological resiliency
6. mindfulness
7. Prince-Embury
8. Fava & Tomba
9. Bogar & Hulse-Killacky
10. Joyce et al.
11. Bonanno
12. Connor & Zhang
13. Vranceanu et al.
14. Mealer et al.
15. Slatyer et al.
16. Konradt et al.
17. Gilbert

مجدد افکار که با شروع، حفظ و تشدید اضطراب و افسردگی مرتبط هستند، مؤثر است. ذهن‌آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن، نشخوار فکری و افسردگی را کاهش می‌دهد (کلدنیتسکی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰؛ گلدبرگ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹؛ حجت و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷؛ زیدان و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). به‌علاوه آموزش ذهن‌آگاهی بر اضطراب (کلدنیتسکی و همکاران، ۲۰۲۰؛ حجت و همکاران، ۲۰۱۷)، سازگاری روان‌شناختی، استرس و عزت‌نفس بیماران مؤثر است (بوهملیجر و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲؛ ۲۰۱۲؛ گلدین و گراس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). بررسی مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد نیز نشان می‌دهد این شیوه‌ها در جهت کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و پریشانی، مشابه با درمان‌های شناختی-رفتاری عمل می‌کند (کلدنیتسکی و همکاران، ۲۰۲۰؛ سامان<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ حقیقت و محمدی، ۲۰۱۸؛ ضمیری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱) و کیفیت زندگی افراد را به میزان زیادی بهبود می‌بخشد (گرنسمن و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). گذشته از پریشانی‌های روان‌شناختی و مشکلات خلقی و اضطرابی مختلفی که ممکن است گریبان‌گیر کارکنان سازمان‌ها شود، یکی از نتایج استرس در محیط کار، بروز فرسودگی شغلی در میان آن‌ها است (اعتمادی و فقیه، ۱۳۸۷). فرسودگی شغلی یکی از عوامل اساسی در کاهش کارایی، ازدست‌رفتن نیروی انسانی و ایجاد عوارض جسمی و روانی، به‌ویژه در حرفه‌های خدمات انسانی است. تحقیقات نشان می‌دهد فرسودگی شغلی با فعال‌شدن مداوم سیستم عصبی خودمختار<sup>۹</sup>، تغییراتی در سطح کورتیزول<sup>۱۰</sup>، عملکرد سیستم ایمنی و سیستم‌های غدد درون‌ریز همراه است که پیامدهایی مانند افزایش بار آلوستاتیک<sup>۱۱</sup>، تغییرات ساختاری و عملکردی مغز، سندرم پاسخ التهابی سیستمیک<sup>۱۲</sup>، سرکوب سیستم ایمنی، سندرم متابولیک<sup>۱۳</sup>، بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ زودرس (بایز، تاوولا و پارکر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۱) و در کنار آن، در بعد سازمانی، مشکلاتی مانند غیبت، بی‌نظمی و حوادث مختلف در محیط کار را به دنبال دارد (اسکوهولت و ماتیسون<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴؛ پارکر و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۴)؛ بنابراین، این مشکل نیز نیازمند رسیدگی فوری و مؤثر است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند علاوه بر درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش فرسودگی شغلی (انکلر و همکاران، ۲۰۱۸)، عواملی نظیر تاب‌آوری روان‌شناختی، نقش حفاظتی دارند و می‌توانند توانایی افراد را برای سازگاری با عوامل استرس‌زا افزایش دهند و از این طریق فرسودگی شغلی را از بین ببرند یا کاهش دهند (ادوارد و هرسلینسکی<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۷؛ منز دو لوسنا کاروالیو و همکاران<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۶). به‌علاوه مشخص شده است که ذهن‌آگاهی نقش بسیار مثبتی بر دستاوردهای کاری افراد (قدمپور، غلام‌رضایی و رادمهر، ۱۳۹۵) و همچنین کاهش تنش‌ها و فرسودگی‌های شغلی در آن‌ها و افزایش سطح سلامت روانی و هیجانی دارد (انکلر و همکاران، ۲۰۱۸؛ گرنسمن و همکاران، ۲۰۱۸؛ ناپولی<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۴؛ کیمینی و همکاران<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۴؛ فلوک و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۳؛ راستگو، حرفه‌دوست و خیرجو، ۱۳۹۵).

نظر به اینکه برخی مهارت‌های تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی آموختنی هستند (کوردیچ هال و پیرسون<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۵) و نیز رابطه

1. Kladnitski et al.
2. Goldberg et al.
3. Hojjat et al.
4. Zeidan et al.
5. Bohlmeijer et al.
6. Goldin & Gross
7. Samaan et al.
8. Grensman et al.
9. autonomic nervous system
10. cortisol level
11. allostatic load
12. systemic inflammatory response syndrome
13. metabolic syndrome
14. Bayes, Tavella, & Parker
15. Skovholt & Mathison
16. Parker et al.
17. Edward & Herculinskyj
18. Menezes de Lucena Carvalho et al.
19. Napoli
20. Kemeny et al.
21. Flook et al.
22. Kordich-Hall & Pearson

معناداری با سلامت روانی و جسمی و بهره‌وری شغلی افراد دارند، نیاز به طرح‌ریزی مداخله‌های عملی برای افزایش تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی در زمینه آسیب‌شناسی روانی، به‌ویژه در کارکنان دارای علائم اضطراب و افسردگی در سازمان‌های مختلف، احساس می‌شود. با مرور پیشینه پژوهش مشاهده می‌شود که هر دو درمان دارای پروتکل‌های استاندارد شده و مدون، الگوهای آسیب‌شناسی روانی خاص خود و پشتوانه تجربی قوی هستند. همچنین هر دو رویکرد از روان‌شناسی مثبت نشئت گرفته‌اند و به عاملی محافظتی در برابر اختلالات روان‌شناختی مربوط می‌شوند. به این ترتیب به نظر می‌رسد ترکیب این دو رویکرد نیز بتواند در ارتقای توانمندی‌های روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های اختلالات اضطرابی و خلقی در افراد و ارتقای بهره‌وری شغلی مؤثر باشد. با این حال، تاکنون نه تنها در ایران، بلکه در خارج از کشور هم تأثیر ترکیب این دو روش درمانی بر متغیرهای روان‌شناختی و شغلی مختلف و کارایی آن در مقایسه با روش‌های درمانی دیگر به‌ویژه درمان شناختی-رفتاری - که از مهم‌ترین رویکردهای درمانی در زمینه اختلالات روان‌شناختی است - بررسی نشده است.

عدم رسیدگی به نشانه‌های اضطراب-افسردگی مختلط می‌تواند پیامدهای ناخوشایندی به همراه داشته باشد؛ برای مثال سبب تشدید نشانه‌ها و ایجاد اختلال خلقی یا اضطرابی شود. مطالعات اندکی به بررسی کارآمدی شیوه‌های درمانی مختلف بر پرداخته‌اند. درحالی‌که در صورت اثربخش بودن این روش درمان ترکیبی، می‌توان از آن در کنار سایر روش‌های درمانی، برای کاهش مشکلات افسردگی، اضطراب و استرس، جلوگیری از عود نشانه‌ها و همچنین افزایش رضایت شغلی در کارکنان سازمان‌ها و مراکز مختلف استفاده کرد. به این ترتیب هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی با درمان شناختی-رفتاری بر میزان فرسودگی شغلی و نشانه‌های کارکنان مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط در شرکت برق منطقه‌ای اصفهان است. فرضیه‌ها عبارت‌اند از: بین اثربخشی بسته درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی، اضطراب و استرس افراد با نشانگان اضطراب-افسردگی مختلط تفاوت معنادار وجود دارد. بین اثربخشی بسته درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر فرسودگی شغلی افراد با نشانگان اضطراب-افسردگی مختلط تفاوت معنادار وجود دارد.

## ۲. روش

### ۲-۱. جامعه و نمونه

برای اجرای مداخلات درمانی و مقایسه اثربخشی آن‌ها از طرح نیمه‌تجربی سه گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) استفاده شد و روش ارزیابی به شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه را کارکنان مرد شرکت توزیع برق منطقه‌ای اصفهان در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. از میان آن‌ها براساس نتایج حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی بک، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب و به روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارش شدند.

معیارهای ورود به پژوهش، عبارت بود از: الف) حداقل تحصیلات لیسانس و دامنه سنی ۳۰ تا ۵۵، ب) نمرات بالای نقطه برش در پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک، ج) عدم ابتلا به بیماری یا تشخیص روان‌پزشکی غیر از علائم اضطراب و افسردگی، د) عدم دریافت مداخله روان‌شناختی یا دارویی غیر از مداخلات پژوهش حین اجرای مطالعه، ه) شرکت در جلسات درمان و تکمیل پرسشنامه‌ها. معیار خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود.

### ۲-۲. ابزار پژوهش

#### ۲-۲-۱. پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش<sup>۱</sup> (MBI)

این پرسشنامه توسط مسلش و جکسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۱) ساخته شده و شامل ۲۲ عبارت است که به سنجش خستگی عاطفی، شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی در چارچوب فعالیت حرفه‌ای پرداخته است. در این پرسشنامه، سوالات ۲۰، ۱۶، ۱۴، ۱۳،

1. Maslach's Burnout Inventory (MBI)

2. Maslach & Jackson

۸، ۳، ۶ و ۱ مربوط به خرده‌مقیاس خستگی عاطفی<sup>۱</sup>، پرسش‌های ۲۲، ۱۵، ۱۱، ۱۰ و ۵ مربوط به خرده‌مقیاس شخصیت‌زدایی<sup>۲</sup> و سوالات ۲۱، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۲، ۹، ۷ و ۴ مربوط به خرده‌مقیاس فقدان موفقیت فردی<sup>۳</sup> است. نحوه نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای (هرگز = صفر تا خیلی زیاد = ۶) است. در این پرسشنامه، سوالات ۲۲، ۲۰، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۱، ۱۰، ۸، ۶، ۵، ۳ و ۱ به صورت معکوس و بقیه پرسش‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل پرسشنامه از طریق جمع کردن نمرات تمام گویه‌ها محاسبه می‌شود و حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۳۲ است. در عبارت‌های خستگی عاطفی و شخصیت‌زدایی، نمره بالاتر نشان‌دهنده فرسودگی بیشتر، و در مورد فقدان موفقیت فردی، نمره بالاتر نشانه فرسودگی کمتر است. مسلش و جکسون (۱۹۸۱)، ضریب پایایی درونی مقیاس را برای خستگی عاطفی، شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی، به ترتیب ۰/۹، ۰/۷۹ و ۰/۷۱ و به دست آوردند. غباری بناب، نبوی و شیرکول (۱۳۸۴) نیز در مطالعه‌ای که در مورد فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی انجام داد، آلفای کرونباخ را برای سه زیرمقیاس خستگی عاطفی، شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی، به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ گزارش کردند. در مطالعه مطلوبی و کیانی (۱۳۹۶) با ۱۱۶ نفر از معلمان مدارس استثنایی، آلفای کرونباخ خستگی عاطفی ۰/۸، شخصیت‌زدایی ۰/۷۹ و فقدان موفقیت فردی ۰/۸۱ به دست آمد.

### ۲-۲-۲. پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۴</sup> (DASS-21)

این مقیاس توسط لویبوند و لویبوند<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) ساخته شده است. مقیاس دارای ۲۱ سؤال است که هر عامل توسط ۷ سؤال سنجیده می‌شود و سه سازه روانی افسردگی، اضطراب و استرس را ارزیابی می‌کند. گویه‌های ۲۱، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۰، ۵ و ۳ مربوط به زیرمقیاس افسردگی، گویه‌های ۲۰، ۱۹، ۱۵، ۹، ۷، ۴ و ۲ مربوط به زیرمقیاس اضطراب و گویه‌های ۱۸، ۱۴، ۱۲، ۱۱، ۸، ۶ و ۱ مربوط به زیرمقیاس تنیدگی یا استرس هستند. این پرسشنامه، ابزاری با طیف چهارقسمتی است که گزینه‌های آن از صفر تا سه نمره‌گذاری شده‌اند و نمره هر زیرمقیاس، از جمع مواد مربوط به هر زیرمقیاس و نمره کل، از جمع کل نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. بالاترین نمره در هر کدام از زیرگروه‌ها ۲۱ و پایین‌ترین نمره صفر است. نمرات صفر تا ۴ در هر زیرمقیاس نرمال، بین ۵ تا ۱۱ متوسط و بالاتر از ۱۲ شدید ارزیابی می‌شود. سازندگان این مقیاس، آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آوردند (لویبوند و لویبوند، ۱۹۹۵). پایایی این مقیاس در ایران در یک نمونه جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (صاحبی، اصغری و سالاری، ۱۳۸۴).

### ۲-۳. شیوه اجرای پژوهش

برای اجرای مطالعه، ابتدا هماهنگی‌هایی با شرکت توزیع برق منطقه‌ای اصفهان صورت گرفت و پس از کسب مجوزهای لازم، شرکت‌کنندگان به صورتی که شرح داده شد، انتخاب شدند. برای جلب همکاری، به شرکت‌کنندگان گفته شد که پس از اتمام پژوهش، در صورت تمایل می‌توانند در یک جلسه مشاوره رایگان برای تشریح نتایج مداخله درمانی و نتایج فردی پرسشنامه‌ها پیش و پس از درمان شرکت کنند و پیشنهادهای تکمیلی در زمینه بهبود روند درمان به آن‌ها ارائه شود. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و گمارش تصادفی آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، آزمودنی‌ها به وسیله ابزار پژوهش در مرحله پیش‌آزمون ارزیابی شدند. سپس شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش در جلسات درمان شرکت کردند. جلسات درمان در هر یک از گروه‌های درمان ترکیبی و درمان شناختی-رفتاری به صورت حضوری و هفته‌ای یک بار و به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در پارک فناوری‌های نوین شرکت برق اصفهان برگزار شد. جلسات مداخله، توسط دو روان‌شناس بالینی متخصص در حوزه اختلالات هیجانی صورت گرفت که یکی از آن‌ها عضو گروه پژوهش و دیگری همکار آموزش‌دیده خارج از گروه پژوهش بود. در پایان، شرکت‌کنندگان برای پیگیری نتایج درمان در مرحله ارزیابی پس‌آزمون شرکت کردند. با این حال، به دلیل شرایط همه‌گیری بیماری

1. emotional fatigue
2. depersonalization
3. Lack of personal success
4. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)
5. Lovibond & Lovibond

کرونا و دورکاری برخی از کارمندان، اجرای آزمون پیگیری با مشکلاتی همراه شد و دسترسی و پیگیری نتایج درمورد همه شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر نشد.

در این مطالعه، در بخش درمان ترکیبی، پروتکل درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی ایران‌دوست (۱۴۰۰) به‌کار رفت که رویای آن توسط متخصصان و درمانگران بررسی و تأیید شده است. خلاصه جلسات آن در جدول ۱ مشاهده می‌شود. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری نیز در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی، آماده‌سازی، تعیین اهداف و قوانین گروه به‌صورت جمعی، معرفی الگوی شناختی-رفتاری و رابطه بین خلق، اندیشه و رفتار، شناخت افسردگی و اضطراب، آموزش تنفس دیافراگمی و تمرین گروهی آن، ارائه تکلیف انجام تنفس دیافراگمی دست‌کم سه بار در هر روز
دوم	آموزش تکنیک تن‌آرامی و تمرین دسته‌جمعی آن، تشریح مفهوم افسردگی و عوامل ایجادکننده آن، آشنایی افراد با توالی ABC یا حادثه برانگیزاننده، باور یا فکر و پیامد هیجانی و رفتاری آن
سوم	بررسی ABCهای اعضا و آموزش آن‌ها برای شناخت افکار خودآیند و طرحواره‌های منفی با استفاده از مثال و روش پیکان رو به پایین، آموزش اعضا برای تشخیص هیجان‌های ناخوشایند
چهارم	توضیح انواع تحریف شناختی، روش‌های چالش با این تحریف‌ها و جایگزین کردن افکار منطقی و مثبت به‌جای آن‌ها (شامل مقایسه باورها با واقعیت‌های عینی، ارزیابی سودمندی هر باور و آزمون تجربی باورها)
پنجم	آشنایی با شیوه‌های درست حل مسئله، انواع روش‌های کارآمد و ناکارآمد حل مسئله، تکنیک فعال‌سازی رفتاری برای مقابله با افسردگی
ششم	آموزش فن توجه برگردانی، دایره مسئولیت و تکنیک stop-start به اعضا و تمرین این تکنیک‌ها
هفتم	آموزش برنامه‌ریزی فعالیت تکنیک مزایا و معایب، تکنیک ایفای نقش هر دو جنبه فکر، تکنیک تمایز فکر از واقعیت
هشتم	بازنگری و مرور مطالب جلسات قبل و جمع‌بندی مطالب، اجرای پس‌آزمون

منبع: ایران‌دوست، ۱۴۰۰: ۷۸

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی افراد گروه با یکدیگر و با مشاور، آماده‌سازی، تعیین اهداف و قوانین گروه به‌صورت جمعی، معرفی الگوی شناختی-رفتاری
دوم	تعریف اضطراب، نشانه‌ها و انواع آن، آموزش تنفس دیافراگمی
سوم	آشنایی با افسردگی، نشانه‌ها و انواع آن، آموزش انجام فعالیت‌های خوشایند
چهارم	معرفی رویکرد شناختی-رفتاری و نقش افکار منفی در اضطراب و افسردگی
پنجم	شناخت خطاهای شناختی رایج در اضطراب و راه‌های کاهش آن
ششم	شناخت خطاهای شناختی رایج در افسردگی و راه‌های کاهش آن
هفتم	آموزش رفتار جرئت‌مندانه و شیوه‌های برخورد جرئت‌مندانه در شرایط مختلف
هشتم	آموزش آرام‌سازی عضلانی، بازنگری و مرور مطالب جلسات قبل و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون

منبع: هاوتون، سالکوسکیس، کرک و کلارک، ۱۳۹۴

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، پس از کسب رضایت آگاهانه و کتبی و ذکر هدف از شرکت در پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. به آنان اطلاع داده شد که نتایج پژوهش به‌صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی منتشر خواهد شد. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره تحقیق و شرایط آن مانند تعداد و مدت جلسات، زمان پیگیری و ارزیابی‌ها، تخصیص تصادفی و حق خروج از تحقیق در هر زمانی که مایل بودند توضیح داده شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان مطالعه، خلاصه‌ای از جلسات مداخله برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز برگزار شد.

## ۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری<sup>۲</sup> و آزمون تعقیبی توکی<sup>۳</sup>

1. Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., Clark, D.  
2. multivariate variance analysis  
3. Tukey



استفاده شد.

### ۳. یافته‌ها

#### ۳-۱. توصیف شاخص‌ها

در این بخش، نتایج تحلیل آماری داده‌های پژوهش ارائه شده است. ابتدا خلاصه‌ای از شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش و سپس تحلیل استنباطی داده‌ها آمده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر فرسودگی شغلی در شرکت‌کنندگان پژوهش به تفکیک گروه‌ها

گروه کنترل	درمان شناختی-رفتاری		گروه درمان ترکیبی		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۱۳/۴۷	۱۰۳/۶۶	۶/۲۵	۱۱۴/۸۶	۸/۶۸	۱۳۳/۱۳	
۱۲/۹۱	۱۰۱	۷/۴۸	۹۸/۳۶	۵/۱۳	۹۷/۸۶	

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین گروه آزمایش ۱ (گروه آموزش ترکیبی تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی) در فرسودگی شغلی در مرحله پس‌آزمون است که در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش چشمگیری را نشان می‌دهد. در گروه آزمایش ۲ (درمان شناختی-رفتاری) نیز میانگین نمرات فرسودگی شغلی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است. اما بین میانگین نمرات گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. در مقایسه گروه آزمایش ۱ و ۲ با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نیز مشاهده می‌کنیم که میانگین نمره فرسودگی شغلی در مقایسه با میانگین گروه کنترل کاهش عمده‌ای داشته است که این امر احتمالاً می‌تواند بیانگر اثربخشی برنامه‌های درمانی موردنظر باشد.

#### ۳-۲. آزمون‌های نرمال

به منظور بررسی تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. شایان ذکر است پیش از انجام این آزمون، پیش‌فرض‌های آماری مربوط به آزمون‌های پارامتریک بررسی شدند. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای مختلف، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد داده‌ها در همه سطوح متغیرهای مورد مطالعه دارای توزیع نرمال هستند. پیش‌فرض دیگر، تساوی واریانس‌ها بود. اساس این پیش‌فرض بر این است که فرض می‌شود واریانس‌های نمرات دو گروه، در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری ندارند. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده تأیید این پیش‌فرض در مورد همه متغیرهای پژوهش بود. برای بررسی برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس نیز از آزمون ام‌باکس استفاده شد که در همه موارد سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ بود و در نتیجه این پیش‌فرض نیز تأیید شد.

جدول ۴. ضریب لامبدای ویلکز مربوط به فرسودگی شغلی در سه گروه پژوهش

منبع تغییرات	آماره	ضریب F	درجه آزادی مفروض	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عضویت گروهی	۰/۵۵	۳/۲۹	۸	۷۸	۰/۰۰۳	۰/۲۵	۰/۹۶

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار لامبدای ویلکز، در مورد متغیر فرسودگی شغلی معنادار است. این یافته بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنادار وجود دارد.

#### ۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۵. مقایسه تأثیرات بین‌گروهی در مورد فرسودگی شغلی و زیرمقیاس‌های آن

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
خستگی عاطفی	۲۴/۳۱۱	۲	۱۲/۱۵۶	۰/۸۳	۰/۰۴۴	۰/۳۸	۰/۸۷	
عضویت	شخصیت‌زدایی	۵۱/۲۴۴	۲	۲۵/۶۲۲	۵/۴۶۱	۰/۰۰۸	۰/۲۰	۰/۸۶
گروهی	فقدان موفقیت فردی	۸۶/۹۷۸	۲	۴۳/۴۰۹	۱/۴۱۳	۰/۰۲۵	۰/۳۶	۰/۸۶
فرسودگی شغلی کل		۸۷/۲۴۴	۲	۴۳/۶۲۲	۰/۵۲	۰/۰۴۵	۰/۲۴	۰/۸۸

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
خطا	خستگی عاطفی	۶۱۱/۴۶۷	۴۲	۱۴/۵۵۹				
	شخصیت‌زدایی	۱۹۷/۰۶۷	۴۲	۴/۶۹۲				
	فقدان موفقیت فردی	۱۲۳۹/۶	۴۲	۳۰/۸۰۰				
	فرسودگی شغلی کل	۳۴۸۷/۶۶۷	۴۲	۸۳/۰۶۳				

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین سه گروه (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در فرسودگی شغلی و زیرمقیاس‌های آن تفاوت معنادار وجود دارد. در واقع، استفاده از روش‌های درمانی موجب کاهش فرسودگی شغلی و زیرمقیاس‌های آن در هر دو گروه آزمایش شده است.

در ادامه به منظور مقایسه دویه‌دوی گروه‌ها و بررسی تفاوت میان برنامه‌های درمانی به کاررفته از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن را در جدول ۶ می‌بینیم.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دویه‌دو گروه‌های پژوهش از نظر فرسودگی شغلی و زیرمقیاس‌های آن

متغیر وابسته	I	J	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
خستگی عاطفی	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۰/۸۶	۱/۳۹۳۲۶	۰/۰۰۹
	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۱/۸۰	۱/۳۹۳۲۶	۰/۰۰۴
	درمان ترکیبی	شناختی-رفتاری	۰/۹۳	۱/۳۹۳۲	۰/۷۲
شخصیت‌زدایی	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۱/۵۳	۰/۷۹	۰/۰۱۴
	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۲/۶۰	۰/۷۹	۰/۰۰۶
	درمان ترکیبی	شناختی-رفتاری	۱/۰۶	۰/۷۹	۰/۳۷
فقدان موفقیت فردی	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۳/۲۶	۲/۰۲	۰/۰۲۵
	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۰/۸۰	۲/۰۲	۰/۰۱۹
	درمان ترکیبی	شناختی-رفتاری	۲/۴۶	۲/۰۲	۰/۴۵
فرسودگی شغلی کل	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۳/۳۱	۳/۲۲	۰/۰۱۶
	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۲/۷۳	۳/۲۲	۰/۰۲۹
	درمان ترکیبی	شناختی-رفتاری	۰/۴۰	۳/۲۲	۰/۹۹

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، در مقایسه رقابتی دو شیوه درمانی، بین دو گروه آزمایش (درمان ترکیبی و درمان شناختی-رفتاری) از نظر کاهش فرسودگی شغلی، تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین روش‌های درمانی در کاهش این متغیرها تفاوت معناداری نداشته‌اند.

جدول ۷. ضریب لامبدای ویلکز مربوط استرس، اضطراب و افسردگی در سه گروه پژوهش

منبع تغییرات	آماره	ضریب F	درجه آزادی مفروض	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عضویت گروهی	۰/۷۵	۱/۹۸	۶	۰/۸۰	۰/۰۰۷	۰/۲۹	۰/۹۶

همان‌گونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، مقدار لامبدای ویلکز<sup>۱</sup> در مورد متغیر مستقل معنادار است. این یافته بیانگر این است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۸. مقایسه تأثیرات بین‌گروهی در استرس، اضطراب، افسردگی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عضویت گروهی	استرس	۱۷۷/۳۸۸	۲	۸۸/۶۸۹	۴/۰۲۶	۰/۰۲۵	۰/۲۶	۰/۸۶
	اضطراب	۴۰/۱۳۳	۲	۲۰/۰۶۸	۲/۷۵۵	۰/۰۰۷	۰/۲۸	۰/۸۵
	افسردگی	۴۷/۶۴۴	۲	۲۳/۸۲۲	۲/۱۲۵	۰/۰۱۲	۰/۲۹	۰/۸۱
نمره کل	۶۱۹/۳۸۷	۲	۳۰۹/۶۸۹	۳/۸۸۴	۰/۰۲۸	۰/۱۵	۰/۸۷	

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
خطا	استرس	۹۲۵/۲۰۰	۴۲	۲۲/۰۲۹				
	اضطراب	۳۰۵/۸۶۷	۴۲	۷/۲۸۳				
	افسردگی	۴۷۰/۹۳۳	۴۲	۱۱/۲۱۳				
	نمره کل	۳۳۴۸/۹۳۳	۴۲	۷۹/۷۳۷				

همان‌گونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، بین سه گروه (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در همه متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. در واقع استفاده از روش‌های درمانی سبب کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در هر دو گروه آزمایش شده است. در ادامه به منظور مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌های پژوهش از نظر استرس، اضطراب و افسردگی

متغیر وابسته	I	J	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
استرس	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۴/۷۳	۱/۷۱	۰/۰۲۳
	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۳/۳۳	۱/۷۱	۰/۰۱۳
	درمان ترکیبی	شناختی-رفتاری	۱/۴۰	۱/۷۱	۰/۶۹
اضطراب	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۱/۹۳	۰/۹۸	۰/۰۱
	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۰/۱۳	۰/۹۸	۰/۰۹
	درمان ترکیبی	شناختی-رفتاری	۲/۰۶	۰/۹۸	۰/۱۳
افسردگی	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۲/۴۰	۱/۲۲	۰/۰۱۳
	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۱/۸۶	۱/۲۲	۰/۰۲
	درمان ترکیبی	شناختی-رفتاری	۰/۵۳	۱/۲۲	۰/۹۰
نمره کل	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۹/۰۶	۳/۲۶	۰/۰۲
	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۵/۰۶	۳/۲۶	۰/۰۲
	درمان ترکیبی	شناختی-رفتاری	۴	۳/۲۶	۰/۴۴

همان‌گونه که در جدول ۹ مشخص است، در متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی، بین دو گروه آزمایش تفاوت معنادار وجود ندارد؛ بنابراین روش‌های درمانی در کاهش میزان این متغیرها تفاوت معناداری نداشته‌اند.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با درمان شناختی-رفتاری بر فرسودگی شغلی و نشانه‌های افراد با اختلال اضطراب افسردگی مختلط در شرکت برق اصفهان بود. یافته‌های مطالعه، نشان‌دهنده اثربخش بودن هر یک از برنامه‌های درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، استرس و فرسودگی شغلی در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش بود. با این حال، در هیچ‌یک از موارد، بین دو روش درمانی به‌کاررفته از نظر تأثیر بر متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری یافت نشد.

بخشی از یافته‌های مطالعه مربوط به تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر نشانه‌های خلقی و اضطرابی کارکنان با نشانگان اضطراب افسردگی مختلط بود. در تبیین این یافته باید گفت مشاغل مرتبط با صنعت برق، از جمله مشاغل هستند که بروز حوادث شغلی ناشی از خطاهای انسانی یا تکنیکی در آن‌ها در مقایسه با سایر مشاغل بیشتر است و از این نظر در دسته مشاغل فوق‌العاده حساس قرار می‌گیرند (نگهداری و نگهداری، ۱۳۹۰). همین امر سبب می‌شود شاغلان این صنعت، شغلشان را نسبتاً خطرناک درک کنند و در نتیجه سطوح بالاتری از اضطراب و استرس مرتبط با کار را تجربه کنند (هوپ و همکاران، ۲۰۱۰). اگر هم نتوانند راهکارهای مؤثری برای سازگاری با این استرس‌ها بیابند، در درازمدت دچار مشکلات روان‌شناختی از جمله مشکلات خلقی و اضطرابی می‌شوند. درمان شناختی-رفتاری یکی از قوی‌ترین پروتکل‌های درمانی سال‌های اخیر است و به‌عنوان یک روش درمانی کارآمد برای بسیاری از اختلالات خلقی و اضطرابی در گروه‌های مختلف افراد مورد استفاده قرار گرفته است

(یوسفی و خیام نکویی، ۱۳۸۹). یکی از اصول اساسی درمان شناختی-رفتاری این است که افکار و احساسات آگاهانه و واقعی را جایگزین افکار غیرواقعی و تحریف‌شده -که اساس بسیاری از مشکلات اضطرابی و خلقی‌اند- می‌کند و از این طریق، نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد (همیلتون و همکاران، ۲۰۱۲). این مسئله در مورد کارکنان شرکت برق که در جریان کار خود با حوادث و خطرات زیادی روبه‌رو هستند و ممکن است پیوسته افکار غیرواقعی و مبالغه‌آمیزی در مورد آسیب‌های احتمالی و دیگر مشکلات مرتبط با کار خود که سبب افزایش اضطراب و پریشانی در آن‌ها می‌شود، داشته باشند، از اهمیت زیادی برخوردار است. راهبردهای شناختی-رفتاری مختلف به‌ویژه درک نقش افکار منفی در اضطراب و افسردگی سبب می‌شود این افراد بتوانند خطاهای شناختی خود را بهتر و دقیق‌تر شناسایی کنند، افکار مثبت و منطقی را جایگزین آن‌ها کنند و از تداوم حالت‌های روان‌شناختی منفی پیشگیری کنند. یافته‌های مطالعه در این زمینه با نتایج پژوهش‌های گذشته در مورد کاهش نشانه‌های افسردگی (حقیقت و محمدی، ۲۰۱۸؛ اندروز و همکاران، ۲۰۱۸؛ نیوبی و همکاران، ۲۰۱۳؛ ویلز و همکاران، ۲۰۱۱؛ کوهلر و همکاران، ۲۰۱۱؛ واتکینس و همکاران، ۲۰۱۱) و اختلالات اضطرابی (منگولیمی و همکاران، ۲۰۱۹؛ دوگاس و همکاران، ۲۰۱۰) همسو است. از میان این مطالعات، نیوبی و همکاران (۲۰۱۳) تأثیر درمان شناختی-رفتاری را روی افراد با اختلال اضطراب افسردگی مختلط بررسی کردند؛ هرچند در مطالعه آن‌ها برخلاف مطالعه حاضر، جلسات درمان به‌صورت اینترنتی برگزار شد. اندروز و همکاران (۲۰۱۸) نیز مداخله مورد استفاده خود را از طریق کامپیوتر ارائه کردند. حقیقت و محمدی (۲۰۱۸) نیز تأثیر این شیوه درمانی را بر نشانه‌های خلقی معتادان به مواد بررسی کردند و مطالعه آن‌ها از نظر گروه هدف با مطالعه حاضر تفاوت داشت. با وجود این، در همه مطالعات، نتایج مشابهی حاصل شد.

در مورد اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های خلقی و اضطرابی شرکت‌کنندگان نیز باید گفت که مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب، افسردگی، مشکلات خواب، فرسودگی شغلی و مانند آن که کارکنان صنایع برق تجربه می‌کنند تا اندازه زیادی ناشی از استرس‌های شغلی آن‌ها است (روسلی، ادیمانسیاه و ناینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). استرس شغلی در میان افرادی که در صنایع حساس، پرمسئولیت و پرخطر مانند صنایع برق مشغول به کار هستند، در مقایسه با سایر گروه‌ها شدیدتر و فراوان‌تر است؛ زیرا کارکنان در این صنایع، به دلیل ماهیت شغلشان در معرض آسیب‌ها و چالش‌های مختلفی قرار دارند و هر لحظه ممکن است با خطراتی مواجه شوند که سلامتی و حتی زندگی آن‌ها را تهدید کند. این نوع استرس نیز مانند سایر انواع تنیدگی، همواره نیازمند سازگاری از طریق پاسخ‌های جسمی، روانی و هیجانی کارآمد است (کلارک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد شیوه درمان ترکیبی تکنیک‌های مناسبی برای رویارویی سازگارانه با این قبیل استرس‌ها را در اختیار این افراد قرار می‌دهد؛ زیرا این شیوه مستلزم به‌کارگیری راهبردهای ویژه مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به‌نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجادکننده افکار منفی، هیجان منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). در کنار آن، تاب‌آوری به‌عنوان یک ویژگی پویا، انعطاف‌پذیری در نحوه فکر کردن و عمل کردن را افزایش می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا با موقعیت‌های استرس‌زا انطباق داشته باشند، بدون آنکه سطوح ناسازگارانه تنش را تجربه کنند (پندرگاست<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). در نتیجه فرد می‌تواند از خود مقاومت نشان دهد و بر عوامل استرس‌زا غلبه کند. یافته‌های مطالعه حاضر در این زمینه، با نتایج پژوهش‌های قبلی (کلدنیسکی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ورنسینو و همکاران، ۲۰۲۰؛ گلدبرگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کنرادت و همکاران، ۲۰۱۸؛ حجت و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسلاتیر و همکاران، ۲۰۱۷؛ میلر و همکاران، ۲۰۱۴؛ گلدین و گراس، ۲۰۱۰؛ بوهمیجر و همکاران، ۲۰۱۲؛ غلامی و واحدی، ۱۳۹۴) همخوان است. از میان این مطالعات، در پژوهشی که به‌صورت فراتحلیل انجام گرفت مشخص شد که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر زیاد و معناداری در کاهش افسردگی و نشانه‌های مربوط به آن دارند (گلدبرگ و همکاران، ۲۰۱۹). ورنسینو و همکاران (۲۰۲۰) نیز فقط آموزش تاب‌آوری به‌صورت زوجی در بیماران بستری مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب و

1. Rusli, Edimansyah, & Naing
2. Clark
3. Segal, Williams, & Teasdale
4. Pendergast

افسردگی و مراقبان آن‌ها بررسی کردند. اما تعداد جلسات مداخلات آن‌ها از مطالعه حاضر کمتر بود و به‌صورت شش جلسه (دو جلسه حضوری در بیمارستان و چهار جلسه به‌صورت ویدیویی پس از ترخیص) انجام شد. با این حال، یافته‌های آن‌ها بسیار مثبت و امیدبخش بود. حجت و همکاران (۲۰۱۷) نیز نتایج مشابهی به‌دست آوردند. اگرچه در پژوهش آن‌ها، مداخلات مورد نظر روی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه و بیش‌فعالی انجام گرفت.

بخشی از یافته‌های مطالعه نیز مربوط به تأثیر درمان‌های به‌کار گرفته‌شده بر کاهش فرسودگی شغلی در افراد با نشانگان اضطراب افسردگی مختلط بود. در تبیین این یافته باید گفت همان‌طور که قبلاً اشاره شد، درمان شناختی-رفتاری اصولاً بر تغییر محتوای افکار تأکید دارد و از طریق جایگزین کردن افکار مثبت و واقع‌گرایانه به جای افکار غیرمنطقی و تحریف‌شده، احساسات ناشی از این افکار را نیز تغییر دهد. این مسئله در مورد متغیرهای شغلی و در کارکنان صنایع پرمخاطره از اهمیت خاصی برخوردار است. در این نوع مشاغل، کارکنان به‌دلیل احتمال زیاد رویارویی قریب‌الوقوع با حوادث ناشی از کار، نشخوارهای ذهنی مرتبط زیادی دارند و در نتیجه پیوسته در حالتی از تنیدگی به سر می‌برند. تغییر در طرز تفکر کارکنان، احساس کنترل موقعیت‌ها و توانایی تأثیرگذاری بر نتایج را در آن‌ها افزایش می‌دهد که به افزایش توانمندی آن‌ها در محیط کار و در نتیجه کاهش تنش‌ها و فشارهای ناشی از کار و در نهایت، کاهش خستگی و فرسودگی شغلی نیز می‌انجامد (بایز، تاوولا و پارکر، ۲۰۲۱). از سوی دیگر، در درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مهارت‌هایی به افراد آموزش داده می‌شود تا جریانات شناختی خودکار و همیشگی را از فراموشی درآورند و راه جدیدی برای رهایی از الگوهای شناختی ناکارآمد خود بیابند (گلدبرگ و همکاران، ۲۰۱۹) که به‌نوبه خود سبب اصلاح تصویر منفی از خود، کاهش نگرش منفی نسبت به شغل، افزایش احساس مثبت و همدلی در رابطه با همکاران و مراجعان (گنزالز-ناوارو و همکاران، ۲۰۱۸) و در نتیجه کاهش عوامل مرتبط با فرسودگی شغلی می‌شود. دلیل دیگر اثربخشی درمان ترکیبی آن است که در تمرینات مرتبط با ذهن‌آگاهی و واریسی بدن، به‌طور مستقیم بر خستگی ذهنی و فرسودگی کارکنان کار می‌شود و در این تمرینات، آن‌ها احساس سبکی و رهایی از تنش را در خود تجربه می‌کنند. مهارت‌های مرتبط با تاب‌آوری نیز استقامت روان‌شناختی و قدرت سازگاری فرد با عوامل تنش‌زا را افزایش می‌دهد و سبب ایجاد دید مثبت به خود و فعالیت‌های خود می‌شود (جویس و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش در این زمینه، با نتایج مطالعات گذشته در مورد تأثیر درمان شناختی-رفتاری (انکسر و همکاران، ۲۰۱۸؛ عطایی، ۱۳۹۹)، درمان‌های مبتنی بر تاب‌آوری (اسلاتیر و همکاران، ۲۰۱۷؛ ادوارد و هرسلینسکی، ۲۰۰۷؛ منرز دو لوسنا کاروالیو و همکاران، ۲۰۰۶) و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (انکسر و همکاران، ۲۰۱۸؛ گرنسمن و همکاران، ۲۰۱۸؛ ناپولی، ۲۰۰۴؛ فلوک و همکاران، ۲۰۱۳؛ قدم‌پور، غلام‌رضایی و رادمهر، ۱۳۹۵؛ راستگو، حرفه‌دوست و خیرجو، ۱۳۹۵) همسو است. بیشتر این مطالعات، روی جامعه معلمان یا پرستاران انجام شده است. با این حال، همه به نتایج مشابهی دست یافتند؛ هرچند اسلاتیر و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه آزمایشی خود، مداخله‌ها را به‌صورت کارگاه گروهی یک‌روزه و سه جلسه هفتگی تمرین ذهن‌آگاهی ارائه کردند و از این نظر مطالعه آن‌ها شامل مداخله‌های مختصرتری بود. از میان مطالعات اشاره‌شده نیز تنها قدم‌پور، غلام‌رضایی و رادمهر (۱۳۹۵) تحقیق خود را روی افراد مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی هم‌زمان انجام دادند.

در مقایسه دو روش درمانی به‌کاررفته در این مطالعه نیز یافته‌ها نشان‌دهنده نبود تفاوت معنادار بین دو روش درمانی در زمینه کاهش نشانه‌های خلقی و اضطرابی و فرسودگی شغلی شرکت‌کنندگان بود. شاید در نگاه نخست، این یافته گویای این امر باشد که براساس نتایج مطالعه، بسته درمانی ترکیبی مزیتی نسبت به درمان شناختی-رفتاری ندارد. اما این مسئله را می‌توان این‌گونه نیز تعبیر کرد که درمان ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی در مقایسه با رویکرد شناختی-رفتاری که یکی از مرسوم‌ترین و قوی‌ترین روش‌های مداخله در درمان اختلالات اضطرابی و خلقی است، ضعیف‌تر نیز عمل نکرده است. همین مسئله می‌تواند مؤید کارآمدی قابل‌ملاحظه این روش درمانی باشد. در تبیین این یافته می‌توان به رابطه متقابل استرس شغلی و میزان حادثه‌دیدگی در افراد با مشاغل پرخطر اشاره کرد. به‌طور کلی، دشواری کار در صنایع پرمخاطره‌ای مانند صنعت برق بر کسی پوشیده نیست. این مسئله همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، خود می‌تواند عامل اصلی بروز استرس و نشخوارهای ذهنی مختلف در مورد مشکلات و مخاطرات شغلی در میان این افراد باشد. مواجهه درازمدت با استرس‌های شغلی نه تنها سبب بروز فرسودگی

شغلی در کارکنان می‌شود (آزاد مرزآبادی و غلامی فشارکی، ۱۳۹۰). بلکه مشخص شده است که بین میزان حادثه‌دیدگی کارکنان در صنایع پرخطر با میزان استرس در آن‌ها ارتباط معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، هرچه میزان اضطراب، استرس و شتاب‌زدگی بیشتر باشد، احتمال آسیب‌دیدگی و حادثه‌دیدگی در این کارکنان بیشتر است (کیم<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). این بدان دلیل است که وقتی میزان استرس شغلی افزایش می‌یابد، احتمال اینکه افراد، به اعمال پرخطرتر و ناپایمن‌تری دست بزنند بیشتر می‌شود و در نتیجه میزان حادثه‌دیدگی در این گروه افزایش می‌یابد (جامع و ربانی، ۱۳۹۹) که خود می‌تواند سبب افزایش مجدد استرس و در نتیجه ایجاد یک دور باطل شود. با در نظر گرفتن این مسئله، راهبردهای روان‌شناختی‌ای که بتوانند این دور باطل را بشکنند، نه تنها سبب کاهش اضطراب، استرس و نشخوارهای ذهنی در این افراد می‌شوند، بلکه احتمال آسیب‌دیدگی را نیز در آن‌ها به‌طور چشمگیری کم می‌کنند. در روش‌های درمانی این مطالعه، آموزش‌هایی از قبیل درک ارتباط بین حادثه‌برانگیزاننده، باور یا فکر و پیامد هیجانی و رفتاری آن، آموزش شناخت افکار خودآیند منفی و انواع تحریف‌های شناختی، به افراد در کشف دقیق افکار آسیب‌زای خود در مواقع بروز استرس‌های شغلی کمک می‌کند. به‌علاوه با به‌کارگیری روش‌های به‌چالش کشیدن این تحریف‌ها و جایگزین کردن افکار منطقی و مثبت به‌جای آن‌ها یا استفاده از فنونی مانند توجه‌برگردانی، میزان تحریف‌های شناختی زیربنای اضطراب و خلق منفی تا اندازه‌ی زیادی کاهش می‌یابد و در نتیجه سبب کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی از این نوع در افراد می‌شود. نتایج پژوهش در این زمینه با یافته‌های مطالعه‌ی سامان و همکاران (۲۰۲۱)، کلدنیتسکی و همکاران (۲۰۲۰)، انکلر و همکاران (۲۰۱۸)، حقیقت و محمدی (۲۰۱۸) و ضمیری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۱) همسو است. در مطالعه‌ی سامان و همکاران (۲۰۲۱) و حقیقت و محمدی (۲۰۱۸) دو روش درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، که از جمله درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی است، بر کاهش افسردگی در بیماران بررسی شدند. کلدنیتسکی و همکاران (۲۰۲۰) نیز تأثیر درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی را که به‌صورت اینترنتی ارائه می‌شدند، بر اضطراب و افسردگی بالینی بررسی کردند. انکلر و همکاران (۲۰۱۸) نیز دو روش درمان شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی را بر استرس و فرسودگی شغلی والدین کودکان با بیماری‌های مزمن بررسی کردند. ضمیری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۱) نیز روش درمان شناختی را با روش آموزش تاب‌آوری مقایسه کردند. اگرچه گروه هدف در این مطالعات متفاوت بود، مانند مطالعه‌ی حاضر، هیچ‌یک از این پژوهشگران نیز تفاوت معناداری بین روش‌های درمانی به‌کاررفته از نظر تأثیر بر متغیرهای مورد مطالعه به‌دست نیاوردند.

با وجود نتایج مثبتی که از این مطالعه حاصل شد، این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود. از آنجا که این مطالعه روی کارکنان شرکت برق در شهر اصفهان انجام شد، از مهم‌ترین محدودیت‌های آن می‌توان به مشکل در تعمیم‌دهی یافته‌ها به گروه‌های دیگر با نشانگان اضطراب افسردگی مختلط و افراد مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی و همچنین افرادی که در سایر مناطق کشور زندگی می‌کنند، اشاره کرد. این مسئله به‌ویژه در زمینه‌ی تعمیم نتایج به کارکنان سایر سازمان‌ها که بدون شک با استرس‌ها و مسائل شغلی متفاوتی در مقایسه با کارکنان شرکت برق روبه‌رو هستند، اهمیت دارد. همچنین نتایج پژوهش را نمی‌توان به افراد در شهرها و مناطق کوچک‌تر و کم‌جمعیت‌تر که هم از امکانات کمتری برخوردار هستند و هم ویژگی‌های فرهنگی و قومیتی متفاوتی دارند، تعمیم داد. علاوه‌براین تعداد پژوهش‌هایی که مشکلات روان‌شناختی کارکنان شرکت‌ها و صنایع برق را بررسی کنند، بسیار اندک بود و این مسئله امکان مقایسه‌ی نتایج را به‌شدت کاهش داد. از دیگر محدودیت‌های عملی پژوهش این بود که به سبب شرایط همه‌گیری کرونا و دورکاری بسیاری از کارمندان و همچنین ملاحظات بهداشتی و سلامتی، امکان برگزاری آزمون پیگیری وجود نداشت. به‌علاوه، مسئله‌ی همه‌گیری کرونا، خود می‌توانست به‌عنوان منبع استرس عمل کند و یافته‌های مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی این روش درمانی روی جوامع آماری مختلف و در موقعیت‌های جغرافیایی متفاوت و همچنین در زمان‌های کاهش یا نبود بیماری‌های همه‌گیر مانند کرونا بررسی شود. همچنین فرسودگی شغلی از جمله متغیرهایی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی در محیط کار قرار دارد؛ بنابراین لازم است در کنار ارائه‌ی چنین روش‌های درمانی، وجود یا نبود شرایط فرسوده‌کننده‌ی دیگر در محیط کار بررسی شود. باین‌حال، از آنجا که این روش درمانی تفاوت معناداری با درمان شناختی-رفتاری نداشت، مشاوران و روان‌شناسان در محیط‌های سازمانی و

غیرسازمانی می‌توانند از تکنیک‌های مختلف آن در کنار درمان شناختی-رفتاری و به‌منظور تقویت آن و در نتیجه کاهش بیشتر مشکلات و پیشگیری از بازگشت اختلال بهره‌برند و به این ترتیب به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی در بیماران کمک کنند.

## ۵. ملاحظات اخلاقی پژوهش

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، پس از کسب رضایت آگاهانه و کتبی، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به‌صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی منتشر خواهد شد. همچنین پس از پایان پژوهش و مرحله گردآوری داده‌ها، شرکت‌کنندگان گروه کنترل در جلسات فشرده درمانی شرکت کردند.

## ۶. سپاسگزاری

با سپاس فراوان از شرکت‌کنندگان در مطالعه و تشکر بسیار از همکاری مدیریت محترم شرکت برق منطقه‌ای شهرستان اصفهان و کلیه افرادی که ما را در اجرای این پژوهش صمیمانه یاری کردند.

## منابع

- آزاد مرزآبادی، الف.، و غلامی فشارکی، م. (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر استرس شغلی نظامیان. *مجله طب نظامی*. ۱۲(۱)، ۱-۶. [https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article\\_1000427.html](https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000427.html)
- اعتمادی، ع.، و فقیه، م. (۱۳۸۷). بررسی علل فرسودگی شغلی معلمان مقطع ابتدایی اصفهان. *مشاوره شغلی و سازمانی*. ۲(۲)، ۸۸-۷۳.
- ایران دوست، ف. (۱۴۰۰). تدوین بسته درمانی ترکیبی مبتنی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی، استرس، فرسودگی شغلی و کاهش نشانه‌های کارکنان با نشانگان اختلال اضطراب افسردگی مختلط در شرکت برق منطقه‌ای اصفهان. *پایان‌نامه دکتري روان‌شناسی عمومی*. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه اصفهان.
- برقی ایرانی، ز.، بگیان کوله‌مرز، م.، و هزاری، ن. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*. ۵(۳)، ۱۹-۹. <http://ijnv.ir/article-1-469-fa.html>
- جامع، ن.، و ربانی، ز. (۱۳۹۹). نقش تعدیل‌کننده استرس شغلی در رابطه بین جو ایمنی و حوادث ناشی از کار. *مجله مطالعات روان‌شناسی صنعتی و سازمانی*. ۷(۲)، ۲۵۸-۲۴۱. ۱۱۷۲. <https://doi.org/10.22055/jiops.2020.32349.1172>
- راستگو، ن.، حرفه‌دوست، م.، و خیرجو، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر فرسودگی شغلی، رضایت شغلی و برخی نشانگان آسیب‌شناسی روانی معلمان. *راهبردهای شناختی در یادگیری*. ۴(۷)، ۱۹۸-۱۷۹. <https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2017.1660>
- شکرکن، ح. (۱۳۸۹). *مردم در سازمان‌ها*. تهران: رشد.
- صاحبی، ع.، اصغری، م.، و سالاری، ر. (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب، تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*. ۱(۴)، ۵۴-۳۶. [https://jip.stb.iau.ir/article\\_512443.html](https://jip.stb.iau.ir/article_512443.html)
- ضمیرنژاد، س.، گلزاری، م.، برجلی، ا.، حجت، ک.، و اکابری، آ. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری به‌صورت گروهی و شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*. ۴(۴)، ۶۳۸-۳۱۶. <http://dx.doi.org/10.29252/jnkums.4.4.631>
- عطایی، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر استرس شغلی و رضایت زناشویی. *مجله مطالعات روان‌شناسی صنعتی و سازمانی*. ۷(۲)، ۳۷۸-۳۶۷. <https://doi.org/10.22055/jiops.2020.35996.1211>
- غباری بناب، ب.، نبوی، م.، و شیرکول، م. (۱۳۸۴). عوامل مؤثر بر بروز فرسودگی شغلی معلمان دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا، و عادی در مقطع راهنمایی شهر تهران. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ۳۵(۲)، ۱۳۵-۱۰۹. [https://jpsyedu.ut.ac.ir/article\\_25659.html](https://jpsyedu.ut.ac.ir/article_25659.html)
- غلامی، س.، و واحدی، ش. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه تاب‌آوری پن بر تنظیم شناختی هیجان افراد افسرده. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۶(۱۲)، ۱۰۲۷-۱۰۱۹. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3285-fa.html>
- قدم‌پور، ع.، غلام‌رضایی، س.، و رادمهر، پ. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود باورهای فراشناختی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی. *راهبردهای شناختی در یادگیری*. ۴(۶)، ۵۹-۳۸. <https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2016.1436>

- مطلبی، ک.، و کیانی، ق. (۱۳۹۶). رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان معلمان مدارس استثنایی: نقش میانجی مشارکت شغلی. *مجله مدیریت ارتقای سلامت*. ۳۶، ۵۹-۵۲. <http://dx.doi.org/10.21859/jhpm-07017>
- نگهداری، ه.، و نگهداری، ه. (۱۳۹۰). ارزیابی رابطه استرس شغلی و اعمال ناایمن با حوادث شغلی در کارگران برق کار یک شرکت توزیع نیروی برق. *انسان و محیط زیست*. ۹(۴)، ۱۴-۷. [https://he.srbiau.ac.ir/article\\_6204.html](https://he.srbiau.ac.ir/article_6204.html)
- هاوتون، ک.، سالکوس کیس، پ.، کرک، ج.، و کلارک، د. (۱۳۹۴). رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی. ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده. تهران: ارجمند.
- یوسفی، ع.، و خیام نکویی، ز. (۱۳۸۹). مبانی آموزش‌های شناختی-رفتاری و کاربرد آن در بهبود بیماری‌های مزمن. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش)*. ۱۰(۵)، ۸۰۰-۷۹۲. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1548-fa.html>

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anclair, M., Lappalainen, R., Muotka, J., & Hiltunen, A.J. (2018). Cognitive behavioural therapy and mindfulness for stress and burnout: a waiting list-controlled pilot study comparing treatments for parents of children with chronic conditions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 389-396. <https://doi.org/10.1111/scs.12473>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 55, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>
- Ataie, Z. (2020). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Job Stress and Marital Satisfaction. *Industrial and Organizational Psychology Studies*, 7(2), 367-378. [https://jiops.scu.ac.ir/article\\_16511.html?lang=fa](https://jiops.scu.ac.ir/article_16511.html?lang=fa) (In Persian)
- Azad Marzabadi, E., & Gholami Fesharaki, M. (2022). Effective factors on job stress in military personnel. *Journal of Military Medicine*, 13(1), 1-6. (In Persian) [https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article\\_1000427.html?lang=fa](https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000427.html?lang=fa)
- Barghi, Z. (2017). The Effectiveness of resilience training program on improving nurses' quality of life. *Nursing Management*, 5 (3-4), 9-18. <http://ijnv.ir/article-1-469-en.html> (In Persian)
- Batelaan, N. M., Spijker, J., de Graaf, R., & Cuijpers, P. (2012). Mixed anxiety depression should not be included in DSM-5. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(6), 495-498. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318257c4c9>
- Bayes, A., Tavella, G., & Parker, G. (2021). The biology of burnout: Causes and consequences. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 22(9), 686-698. <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1907713>
- Bogar, C. B., & Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & Development*, 84(3), 318-327. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x>
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *The American Psychologist*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Clark, K. D. (2010). The relationship of perceived stress and self-efficacy among correctional employees in close-security and medium-security-level institutions. *Doctoral Dissertation of Psychology*. Walden University, Minneapolis, Minnesota. <https://www.proquest.com/openview/fa7a894fca2c1ef8519709b20c230612/1?pq->



- origsite=gscholar&cbl=18750
- Connor, K. M., & Zhang, W. (2006). Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS Spectrums*, *11*(S12), 5-12. <https://doi.org/10.1017/S1092852900025797>
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *41*(1), 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.004>
- Edward, K. L., & Hercelinskyj, G. (2007). Burnout in the caring nurse: learning resilient behaviours. *British Journal of Nursing*, *16*(4), 240-242. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.4.22987>
- Etemadi, A., & Faghih, M. (2008). Investigation the causes of job burnout in primary school teachers in Isfahan. *Career and Organization Counseling*, *2*(2), 73-88. (In Persian)
- Fava, G.A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, *77*(6), 1903-1934. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x>
- Flook, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., Bonus, K., & Davidson, R. J. (2013). Mindfulness for teachers: A pilot study to assess effects on stress, burnout and teaching efficacy. *Mind Brain Education*, *7*(3), 10.1111/mbe.12026. <https://doi.org/10.1111/mbe.12026>
- Ghadampour, E., Gholamrezaee, S., & Radmehr, P. (2016). The effect of mindfulness-based cognitive training on recovery meta-cognitive beliefs in suffering disorder comorbidity social anxiety and depression. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, *4*(6), 38-58. [https://asj.basu.ac.ir/article\\_1436.html?lang=fa](https://asj.basu.ac.ir/article_1436.html?lang=fa) (In Persian)
- Gholami, S., & Vahedi, S. (2016). Effectiveness of PENN resiliency program on cognitive emotion regulation in depressed people. *Studies in Medical Sciences*, *26*(12), 1019-1027. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-> (In Persian)
- Gilbert, P. (2007). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 106-142). London: Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203099995>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *48*(6), 445-462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, *10*(1), 83-91. <https://doi.org/10.1037/a0018441>
- González-Navarro, P., Zurriaga-Llorens, R., Tosin Olateju, A., & Llinares-Insa, L. I. (2018). Envy and Counterproductive Work Behavior: The Moderation Role of Leadership in Public and Private Organizations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(7), 1455. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071455>
- Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G. H., Falkenberg, T., Sundin, O., & Werner, S. (2018). Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health-related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *18*(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2141-9>
- Haghighat, S., & Mohammadi, A. (2018). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on reducing mood symptoms in patients with substance abuse. *Intentional Clinical Neuroscience Journal*, *5*(4), 22-26. <https://journals.sbmu.ac.ir/Neuroscience/article/view/23395>
- Hamilton, K. E., Wershler, J. L., Macrodimitris, S. D., Backs-Dermott, B. J., Ching, L.E., & Mothersill, K. J. (2012). Exploring the effectiveness of a mixed-diagnosis group cognitive behavioral therapy intervention across diverse populations. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(3), 472-482. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.12.002>
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., & Clarc, D. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Translated by Habibollah Ghasemzadeh. Tehran: Arjamd Publication. (In Persian)

- Hojjat, K., Monadi Ziarat, H., Rezaei, M., Hatami, E., Ghaljooghi, R., & Norozi Khalili, M. (2017). Effectiveness of group resiliency training on anxiety, depression, and marital satisfaction in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(3), 257-268. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1294967>
- Hope, S., Overland, S., Brun, W., & Matthiesen, S. B. (2010). Associations between sleep, risk and safety climate: A study of offshore personnel on the Norwegian continental shelf. *Safety Science*, 48(4), 469-477. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2009.12.006>
- Hollon, S. D., Cohen, Z. D., Singla, D. R., & Andrews, P. W. (2019). Recent developments in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 50 (2), 257-269. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.01.002>
- Hranov, L. G. (2007). Comorbid anxiety and depression: illumination of a controversy. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(3), 171-189. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/13651500601127180>
- Irandoost, F. (2021). Developing a therapeutic package based on psychological resilience and mindfulness and comparing its effectiveness with cognitive-behavioral therapy on Anxiety, depression, stress, burnout and reducing symptoms of employees with mixed anxiety-depression disorder in Isfahan regional electric company. *Dissertation of Doctor of Psychology*. University of Isfahan. (In Persian)
- Jamea, N., & Rabbani, Z. (2020). The moderating role of job stress in the relationship between safety climate and work-related accidents. *Industrial and Organizational Psychology Studies*, 7(2), 241-258. [https://jiops.scu.ac.ir/article\\_16244.html?lang=fa](https://jiops.scu.ac.ir/article_16244.html?lang=fa) (In Persian)
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R.A., & Harvey, S.B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programs and interventions. *BMJ Open*, 8(6), e07858. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>
- Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese - Davis, J., Jennings, P., & Ekman, P. (2014). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosaically responses. *Emotion*, 12(2), 338-350. <https://doi.org/10.1037/a0026118>
- Kim, K. W., Park, S. J., Lim, H. S., & Cho, H. H. (2017). Safety climate and occupational stress according to occupational accidents experience and employment type in shipbuilding industry of Korea. *Safety and Health at Work*, 8(3), 290-295. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.08.002>
- Kladnitski, N., Smith, J., Uppal, S., James, M. A., Allen, A. R., Andrews, G., & Newby, J. M. (2020). Transdiagnostic internet-delivered CBT and mindfulness-based treatment for depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Internet Interventions*, 20, 100310. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100310>
- Kohler, S., Hoffmann, S., Unger, T., Steinacher, B., Dierstein, N., & Fydrich, T. (2011). Effectiveness of cognitive behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2(2), 97-106. <https://doi.org/10.1002/cpp.795>
- Konradt, C. E., Cardoso, T. A., Mondin, T. C., Souza, L. D. M., Kapczynski, F., Silva, R. A., & Jansen, K. (2018). Impact of resilience on the improvement of depressive symptoms after cognitive therapies for depression in a sample of young adults. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(3), 226-231. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0047>
- Kordich-Hall, D., & Pearson, J. (2005). Resilience, giving children the skills to bounce back. Training Early Childhood Educators in Canada to model resilient thinking behaviours in childcare settings has had a positive impact on the teachers, the centres and the children in their care. *Education and Health*, 23(1), 12-15. <https://sheu.org.uk/sheux/EH/eh231dk.pdf>
- Ladou, J. (2007). *Current occupational & environmental medicine*. New York: McGraw Hill.
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: The Psychology Foundation of Australia Inc.
- Mangolini, V. I., Andrade, L. H., Lotufo-Neto, F., & Wang, Y. P. (2019). Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence. *Clinics (Sao Paulo)*,

- Brazil), 74, e1316. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e1316>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 97-105. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>
- Menezes de Lucena Carvalho, V. A., Fernández Calvo, B., Hernández Martín, L., Ramos Campos, F., & Contador Castillo, I. (2006). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos [Resilience and the burnout-engagement model in formal caregivers of the elderly]. *Psicothema*, 18(4), 791-796. <https://www.psicothema.com/pi?pii=3310>
- Motalebi, K., & Kiani Q. (2017). The Correlation between Job Burnout and Mental Health of Teachers in Special Schools of Zanjan: Mediation of Job Involvement. *Health Promotion Management*, 6(3), 52-60. <http://jhpm.ir/article-1-724-fa.html> (In Persian)
- Napoli, M. (2004). Mindfulness training for teachers: A pilot program. *Complementary Health Practice Review*, 9(1), 31 - 42. <https://doi.org/10.1177/1076167503253435>
- Negahdari, H., & Negahdari, H. (2011). Assessment of occupational stress and unsafe acts relationship with occupational accidents at the electrical workers in an electricity power distribution management. *Human & Environment*, 9(4), 7-14. [https://he.srbiau.ac.ir/article\\_6204.html?lang=fa](https://he.srbiau.ac.ir/article_6204.html?lang=fa) (In Persian)
- Newby, J. M., Mackenzie, A., Williams, A. D., McIntyre, K., Watts, S., Wong, N., & Andrews, G. (2013). Internet cognitive behavioural therapy for mixed anxiety and depression: a randomized controlled trial and evidence of effectiveness in primary care. *Psychological Medicine*, 43(12), 2635-2648. <https://doi.org/10.1017/s0033291713000111>
- Olfson, M., Amos, T. B., Benson, C., McRae, J., & Marcus, S. C. (2018). Prospective service use and health care costs of medicaid beneficiaries with treatment-resistant depression. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 24(3), 226-236. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.24.3.226>
- Parker, P. D., Martin, A. J., Colmar, S., & Liem, G. A. (2014). Teachers' workplace well-being: Exploring a process model of goal orientation, coping behavior, engagement, and burnout. *Teaching and Teacher Education*, 28(4), 503-513. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2012.01.001>
- Pendergast, K. A. (2017). The role of resilience, emotion regulation, and perceived stress on college academic performance. *MA thesis in psychology*. University of Tennessee at Chattanooga. <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1665&context=theses>
- Prince-Embury, S. (2008). Translating Resiliency Theory for assessment and application in schools. *Canadian Journal of School Psychology*, 23(1), 4-10. <https://doi.org/10.1177/0829573508316560>
- Rastgoo, N., herfedost, M., & kheyrjoo, E. (2017). The effectiveness of a group-based mindfulness training on teacher's burnout, job satisfaction, and some psychopathological symptoms. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 4(7), 179-198. [https://asj.basu.ac.ir/article\\_1660.html?lang=fa](https://asj.basu.ac.ir/article_1660.html?lang=fa) (In Persian)
- Rusli, B. N., Edimansyah, B. A., & Naing, L. (2008). Working conditions, self perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modelling approach. *BMC Public Health*, 8, 48. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-48>
- Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Developmental Psychology*, 1(4), 36-54. [https://jip.stb.iau.ir/article\\_512443.html?lang=fa](https://jip.stb.iau.ir/article_512443.html?lang=fa) (In Persian)
- Samaan, M., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Pontow, I., Pakenham, K., & Fydrich, T. (2021). A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. *Psychotherapy Research*, 31(3), 355-368. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1802080>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- Shokrkon, H. (2010). *People in Organization*. Tehran: Roshd Publication. (In Persian)
- Skovholt, T. M., & Mathison, M. J. (2014). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals*. London: Routledge.

- Slatyer, S., Craigie, M., Heritage, B. Davis, S., & Rees, R. (2017). Evaluating the effectiveness of a brief mindful self-care and resiliency (MSCR) intervention for nurses: A controlled trial. *Mindfulness*, 9, 534–546. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0795-x>
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., ... & Lewis, G. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaT randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 381(9864), 375–384. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61552-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61552-9)
- Tiller, J. W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical journal of Australia*, 199(S6), S28–S31. <https://doi.org/10.5694/mja12.10628>
- Tyrer, P., Seivewright, H., Simmonds, S., & Johnson, T. (2001). Prospective studies of cothymia (mixed anxiety-depression): how do they inform clinical practice?. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 53-56. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03035128>
- Vranceanu, A. M., Bannon, S., Mace, R., Lester, E., Meyers, E., Gates, M., ... & Rosand, J. (2020). Feasibility and efficacy of a resiliency intervention for the prevention of chronic emotional distress among survivor-caregiver dyads admitted to the neuroscience intensive care unit: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 3(10), e2020807. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.20807>
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H., Bathurst, N., Eastman, R., & Scott, J. (2011). Rumination focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 199(4), 317-322. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.090282>
- Yousefy, A., & KhayamNekouei, Z. (2011). Basis of Cognitive-Behavioral Trainings and its Applications in Recovery of Chronic Diseases. *Iranian Journal of Medical Education*, 10(5), 792-800. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-> (In Persian)
- Zamirinejad, S., Golzari, M., Borjali, A., Hojjat, S., & Akaberi, A. (2013). The comparison of effectiveness of group resilience training and group cognitive therapy on decreasing rate of depression in female students who live in dorm. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 4(4), 631-638. [https://journal.nkums.ac.ir/index.php?slc\\_lang=fa&sid=1](https://journal.nkums.ac.ir/index.php?slc_lang=fa&sid=1) (In Persian)
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597-605. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.concog.2010.03.014>