

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۴ تابستان ۱۳۹۸

اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری گروهی بر انواع خودپذیری زنان ۲۵ تا ۴۰ سال شهر تبریز

سحر بناخطیبی^۱

علی‌نقی اقدسی^۲

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری گروهی بر انواع خودپذیری زنان ۲۵ تا ۴۰ سال شهر تبریز با روش نیمه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شده است. از جامعه آماری فوق با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند با شرط ورود ۲۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی در ۲ گروه ۱۰ نفری، یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه پذیرش بی‌قید و شرط خود استفاده شد منظور از درمان شناختی رفتاری اجرای جلسات دوازده‌گانه طراحی شده بر اساس نظریه‌های شناختی رفتاری است که در هفته دو جلسه برگزار شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری گروهی بر خودپذیری نامشروط و مشروط در زنان اثربخش است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری؛ خودپذیری مشروط؛ خودپذیری نامشروط

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی و تربی‌تی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

(نویسنده مسئول)

Email: alinaghi.aghdasi@yahoo.com

مقدمه

انسان همواره به دنبال راهی برای رسیدن به موفقیت است. به منظور شاد زیستن سازگاری با محیط و خود از اهمیت بسزایی برخوردار است. شخصی که بتواند با خود خوب سازگار شود از نظر بهداشت روانی بهنجار و خشنود خواهد بود. این شخص با تعادل روانی پیش خواهد رفت و تعارض‌های خود را با دنیای درون و بیرون حل خواهد کرد و در مقابل ناکامی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی مقاومت خواهد داشت (گنجی، ۱۳۸۶).

وقتی شخصی خود و دیگران را می‌پذیرد، تصدیق می‌کند که او انسانی بی‌نظیر، پویا و جایز الخطاست و ویژگی‌های خوب، بد و خنثی دارد. از طرف دیگر، باورهای خود تحقیری به این معناست که فرد خود و دیگران را ناتوان، کم ارزش و بی‌لیاقت می‌داند (درآیدن، ۱۳۹۲). منظور از پذیرش خود این است که خود را در تمامیت خویش بپذیریم. تمامیت هرگز با کمال یکسان نیست. کل، هم شامل کمال است و هم نقصان و کاستی. بنابراین اگر ما خود را پذیرفته باشیم، هم قدرت‌ها و توانایی‌های خود را می‌بینیم و هم ضعف‌ها و ناتوانی‌های خود را؛ هم بخش‌های رشدیافته خود را و هم بخش‌هایی را که از آن غافل بوده‌ایم و به اکتشاف و رشد نیاز دارند.

به مفهوم خود به‌عنوان مهم‌ترین پدیده و عنصر اساسی در نظریه راجرز پرداخته شده است. به نظر راجرز، انسان رویدادها و عوامل محیط خود را درک کرده و در ذهن خود به آن‌ها معنی می‌دهد. مجموعه این سیستم ادراکی و معنایی، میدان پدیداری فرد را به وجود می‌آورد. قسمتی از این میدان که از بقیه تجربیات فرد متمایز است به‌وسیله واژه‌هایی چون من، مرا و خودم تعریف می‌شود. این بخش همان خود یا خودپنداره است. خودپنداره تصویر یا برداشت شخص است از آن چیزی که هست. به اعتقاد راجرز، خودپنداره فرد بر ادراکش از جهان و رفتارش تأثیر می‌گذارد. مفهوم ساختاری دیگر در این مورد، خود آرمانی است. خودآرمانی، خودپنداره‌ای است که انسان آرزو می‌کند داشته باشد و شامل معانی و ادراکاتی است که فرد برای آن‌ها ارزش زیادی قایل است (شاملو، ۱۳۸۲).

همراه با شکل‌گیری خود یا خویشتن، نیاز دیگری نیز در نوزاد رشد می‌کند که پایدار است و در همه انسان‌ها یافت می‌شود. راجرز این نیاز را که شامل پذیرش عشق و تایید از سوی دیگران بخصوص مادر است، توجه مثبت نامیده است (شولتز، ۱۳۸۱)

راجرز اهمیت رابطه مادر و کودک را به صورت عاملی که بر احساس کودک از بالندگی خویش تأثیر می‌گذارد، مورد تأکید قرار می‌دهد. اگر مادر نیاز کودک به محبت را ارضا کند، یعنی توجه مثبت خود را نثار وی کند، در این صورت کودک گرایش خواهد داشت که به صورت شخصیتی سالم رشد کند. در غیر این صورت، تمایل نوزاد به سوی شکوفایی و رشد خویشتن متوقف می‌شود.

هنگامی که مادر محبت خود نسبت به کودک را به رفتارهای مناسب خاصی مشروط کند، یعنی کودک تنها تحت شرایط خاصی توجه مادر را دریافت کند (توجه مثبت مشروط)، سعی می‌کند از رفتارهایی که عدم تأیید مادر را در پی دارند، بپرهیزد. در این حالت، کودک نگرش مادر را درونی می‌کند و در صورت انجام چنین رفتارهایی، به همان شکل که مادر او را تنبیه می‌کرده، خود را تنبیه می‌کند. در واقع کودک خود را وقتی دوست خواهد داشت که رفتارهایش به شیوه‌ای باشد که تأیید مادر را به همراه بیاورد. بدین ترتیب خود، به صورت یک جایگزین مادر عمل می‌کند. حاصل چنین موقعیتی، رشد شرایط ارزشمندی در کودک است. یعنی کودک خود را تنها تحت شرایط خاصی با ارزش می‌بیند. در نتیجه نمی‌تواند با آزادی کامل عمل کند و از رشد یا شکوفایی خود بازداشته می‌شود.

به همین دلیل، راجرز معتقد بود که نخستین شرط لازم برای تحقق سلامت روانی، دریافت توجه مثبت غیرمشروط در دوره کودکی است. یعنی هنگامی که مادر محبت و پذیرش کامل خود را بدون توجه به رفتار کودک، به وی ابراز می‌کند. در این صورت کودک ارزش را در خود پرورش نمی‌دهد و بنابراین مجبور نخواهد بود که تظاهرات هیج یک از جنبه‌های خود را سرکوب کند. به عقیده راجرز، تنها از این راه است که می‌توان به وضعیت خودشکوفایی دست یافت (شولتز، ۱۳۷۵).

به‌نظر راجرز، فرد همه تجارب خویش را با خودپنداره‌اش مقایسه می‌کند. در واقع افراد تمایل دارند به‌گونه‌ای رفتار کنند که با خودپنداره آن‌ها همخوانی داشته باشد. هنگامی که بین خودپنداره و تجربه واقعی اختلاف وجود داشته باشد، فرد ناهمخوانی را تجربه می‌کند و باعث تنش و اضطراب فرد می‌شوند (اتکینسون، ۱۳۸۴).

تفاوت زیاد میان این دو نوع خود، منجر به ناشادی و نارضایتی فرد، همچنین اعتماد به نفس پایین و بی‌ارزش شمردن خویش می‌شود (شولتز، ۱۳۸۱).

اضطراب در نظریه راجرز عبارت است از وجود تجارت و ادراکات ناهماهنگ با خود پنداره فرد. به‌عقیده راجرز فرد روان‌نژند (روان رنجور) مضطرب فردی است که تجارت زندگی او با خویشتن پنداره او گاهی ناهماهنگ و گاهی حتی در تضاد است به‌همین دلیل راجرز معتقد است برای جلوگیری و کاهش اضطراب، فرد مضطرب از طریق استفاده از دو مکانیزم انکار و تحریف سعی می‌کند بین خود واقعی و زمینه تجربی خود تعادل ایجاد کند. به‌نظر راجرز هدف از روان‌درمانی، بازگرداندن این توانایی در فرد است که با تمام وجودش با مشکلات زندگی مقابله‌ای خلاقانه و هوشمندانه انجام دهد. این نیز اصولاً از طریق خود پذیرگی حاصل می‌شود. اگر مراجعان نگرش غیرقضاوتی در مورد خودشان داشته باشند و خودشان را بپذیرند آنگاه می‌توانند دوباره با تجارب خویش ارتباط برقرار کنند. به‌دنبال این جریان، محتاطانه با سازه‌های خویش برخورد می‌کنند و سازه‌های انعطاف‌پذیری با ساختار بیشتر برای خویش تدارک می‌بینند. (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۲)

به عقیده راجرز هر چه سلامت روان انسان بیشتر باشد آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می‌کند. از نظر راجرز انسان سالم موجودی بدون محدودیت فکر و عمل می‌باشد (خدا رحیمی ۱۳۷۳).

در ساده‌ترین تعریف، خودپذیری یعنی اینکه شما خودتان را به‌صورت کامل و آن‌چنانی که هستید، بپذیرید. مفهوم درست خود پذیرگی یعنی اینکه شما هم پذیرای نکات مثبت وجود خود باشید و هم پذیرای نکات منفی آن.

در خودپذیری نامشروط فرد بدون توجه به نظرات و قضاوت‌های دیگران خود را می‌پذیرد و می‌توان چنین گفت که بین سلامت روان و پذیرش نامشروط ارتباط مستقیمی وجود دارد.

برای رسیدن به خودپذیری مطلوب در افراد می‌توان مداخلات مؤثری را انجام داد. می‌دانیم که برنامه‌های مداخله‌ای زمانی شانس موفقیت دارند که مبتنی بر نظریه و دارای حمایت پژوهشی باشند در رابطه با بزرگسالان، این نوع مداخله را می‌توان براساس رویکرد شناختی رفتاری ارائه نمود. پشتوانه پژوهشی محکم، رویکرد ساختارمند، قابلیت خوب آموزشی بودن تکنیک‌های شناختی - رفتاری و نگاه همزمان و چندجانبه آموزش‌های آن، به مؤلفه‌های شناختی - هیجانی، رفتاری و اجتماعی امتیازاتی است که باعث شده تا این رویکرد انتخاب اصلی پژوهشگران علوم پیشگیری و ارتقای سلامت روان باشد (سلیگمن، ۲۰۰۷).

در درمان شناختی رفتاری گروهی فرد متوجه می‌شود که مسائل و مشکلات منحصر به فرد نیست و سایرین نیز چنین احساسی دارند در این نوع مشاوره احساس تنهایی و سرخوردگی در افراد کاهش می‌یابد (زاراب، ۱۳۸۲).

یکی از راهبردهایی که روانشناسان به‌ویژه روانشناسان شناختی نظیر بک (۱۹۷۵) به نقل از بک برن و دیویس، (۱۳۷۴) و برنز (۱۳۸۵) در زمینه اصلاح افکار و عقاید نادرست به کار برده اند استفاده از آموزش و درمان روانشناختی است.

رویکرد شناختی رفتاری شناخت‌های نامعقول و فرضیه‌های منفی را که در دو حالت ناخوشایند و هیجانی نقش دارند به چالش می‌کشد (هیس و ایواماسا، ۲۰۰۶).

شناخت درمانی بر مدل پردازش اطلاعات استوار است مبنی بر اینکه هنگام مواجهه با ناراحتی‌های روانشناختی نحوه تفکر فرد انعطاف‌ناپذیر و تحریف‌شده‌تر می‌شود قضاوت او بیش از حد تعمیم یافته و مطلق می‌گردد و باورهای پایه ای فرد درباره خود و دنیای قطعی و تثبیت شده می‌شود (به نقل از نینان و درایدن، ۱۳۸۹).

شناخت درمانی بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر و برداشت‌های غلط و رفتار و احساس تأکید دارد (شارف^۱، ۱۳۹۰)

هدف درمان کمک به مراجعان برای گسترش و حفظ دیدگاه‌های مفیدی است که به آنها در مقابله با مشکلاتشان کمک می‌کند (نینان و درآیدن، ۱۳۸۹).

این درمان مشکل فرد را از سه دیدگاه شناختی، عاطفی و رفتاری مورد بررسی قرار می‌دهد و سعی می‌کند با ایجاد شناخت مطلوب در فرد، تأثیرات مثبت و منطقی در رفتار او ایجاد کند. به‌طور کلی سه نوع فعالیت در این روش وجود دارد ۱- کشف عقاید نامعقول ۲- جداکردن عقاید معقول و نامعقول ۳- زیر سؤال بردن عقاید نامعقول (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۹).

در این شیوه، درمانگر فعالانه فرد را تشویق می‌کند که درباره عقایدش صحبت بکند؛ به این طریق هم فرد و هم درمانگر می‌توانند مشخص کنند کدام قسمت اطلاعات احتیاج به بازسازی مجدد با روش‌های مثبت دارد. سپس بعد از آن که فرد در آشکار ساختن عقایدش تلاش کرد درمانگر او را تشویق می‌کند که به جای آنها، عقاید دیگری را که منطقی‌تر است جایگزین کند (سیموس^۲، ۲۰۰۲).

تأکید درمان بر روی بحث کردن در مورد باورهای غیرعقلانی است. مقایسه شامل زیر سؤال بردن وقایع و هیجانانگیز مختلف به‌علت از بین بردن، باورهای غیرعقلانی است (اورهولسر^۳، ۲۰۰۳).

اهداف این روش گروه درمانی آموزش به مراجعان است که چگونه احساسات و رفتارهای ناکارآمد خود را به احساسات و رفتارهای سالم تغییر داده و چگونه با همه وقایع ناخوشایند که ممکن است در زندگی آنها اتفاق افتد، کنار بیایند. (وسلر^۴، ۱۹۸۶). به‌طور ایده‌آل، این درمان نفع شخصی، خطرپذیری، پذیرش خود، لذت بردن از وقایع طولانی مدت را پرورش می‌دهد. (الیس، ۱۹۸۷).

1- Sharf
3- Orwellser

2- Simos
4- Wesslerer

به طور کلی از دیدگاه شناخت درمانی فکر یا شناخت انسان دارای سه سطح است که از سطح به عمق به ترتیب عبارتند از افکار خودآیند یا اتوماتیک، باورهای میانجی (پیش فرض‌ها یا قواعد) و باورهای مرکزی (اساسی/ بنیادین، هسته‌ای). بعدها باورهای مرکزی را طرحواره هم نامیدند. افکار موجود در این سه سطح با هم سبک فکری فرد را می‌سازند. یکی از فرض‌های اصلی شناخت درمانی این است که اختلالات روانی گوناگون تابع اسلوب‌های شناختی خاصی هستند به عبارت دیگر بیماران در شناخت‌های خود دچار تحریف‌های خاصی هستند و به شیوه‌های معیوبی درباره خود و دنیای اطراف خود می‌اندیشند.

راهبرد اصلی در شناخت - درمانی کشف افکار خودآیند مراجع و حرکت از به سوی باورهای میانجی و باورهای مرکزی او در جهت اصلاح تحریف‌های صورت گرفته در آنهاست. شناخت درمانی برای عملیاتی کردن این راهبرد کلی تکنیک‌های متعددی مطرح کرده است. در این میان باورهای فرد نسبت به خودش مهم‌تر هستند. باورهای مرکزی هر فرد بیشترین تأثیر را بر ابعاد گوناگون زندگی او دارند. فرد بر اساس این باورها توانایی‌ها و ارزشهای خود را ارزیابی می‌کند؛ هدف‌هایش را برمی‌گزیند، دوستانش را انتخاب می‌کند و سطح روابطش با دیگران را تعیین می‌کند. باورهای فرد نسبت به تغییر بسیار مقاوم هستند. برای محافظت از آنها مکانیسم‌های شناختی و ادراکی خاصی در ذهن شکل می‌گیرد که تحریف‌های شناختی و باورمیانجی از جمله آنها هستند. در شناخت درمانی درمانگر به مراجع در کشف باورهای مرکزی‌اش کمک می‌کند.

بیشتر مشکلات ارتباطی که افراد تجربه می‌کنند تحت تأثیر تصور آنها در مورد خود و دیگران قرار دارد که این فرایند شناختی، طرحواره نام دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، موضوعات ثابت و درازمدتی هستند که در دوران کودکی به وجود می‌آیند، به زندگی بزرگسالی راه می‌یابند و تا حد زیادی ناکارآمد هستند. به باور یانگ طرحواره‌ها هسته خودپنداره را شکل داده و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می‌گذارند و از این رو رحواره‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب‌پذیر کنند. طرح‌واره‌ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به کار گرفته می‌شوند. به این ترتیب طرح‌واره‌ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می‌نمایند و چگونگی درکی را

که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می‌کنند؛ ادراکی که به‌دلیل ماهیت خود تداوم‌بخش طرح‌واره‌ها در سراسر زندگی ادامه می‌یابد (یانگ، ۱۳۸۶).

چنین ساختارهایی از طریق فرآیندهای تداوم‌دهنده خود، از فرد در برابر هیجان‌های شدید و درمانده‌کننده‌ای محافظت می‌کنند که عمدتاً به‌دنبال برانگیختگی و فعال شدن یک طرح‌واره پدید می‌آیند. به این ترتیب افراد خود را در برابر تغییر ایمن نموده، محتوای منفی خود را حفظ می‌کنند و طیف گسترده‌ای از مشکلات و ناکارآمدی‌های فردی، بین فردی و اجتماعی را رشد می‌دهند. بدین ترتیب طرح‌واره‌ها با گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی ارتباط می‌یابند و طیف گسترده‌ای از نارسایی‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی مانند تحریفات شناختی، فرآیند پردازش اطلاعات، درک دنیای پیرامون، شیوه تعامل با دیگران و واکنش‌های رفتاری آنان را متأثر می‌سازد (سیموس، ۱۳۸۴).

از نظر یانگ طرح‌واره‌ها در احساسی که ما از خودمان داریم، نقش محوری دارند. ما به این طرح‌واره‌ها پیوند داریم حتی زمانی که آنها به ما آسیب وارد می‌کنند. این باورها به ما قابلیت پیش‌بینی و قطعیت می‌دهد و آشنا و آرام‌بخش هستند. ما نمی‌توانیم به‌راحتی آنها را رها کنیم، چرا که آنها دانش ما در مورد خود و جهان هستند، این که ما کی هستیم و جهان چگونه است. به‌همین علت روانشناسان شناختی معتقدند که طرح‌واره‌ها به سختی تغییر می‌کند. الگوی وسیع و نافذ که شامل خاطرات، هیجانات، شناخت‌واره‌ها، و حسیات بدنی است که مرتبط با فرد و روابط وی با دیگران بوده و از دوران کودکی و نوجوانی وی شکل گرفته و در تمام طول زندگی فرد گسترش یافته است. طرح‌واره‌های غیرانطباقی اولیه، طرح‌واره‌هایی هستند که به‌میزان زیادی ناکارآمد می‌باشند. به‌عبارتی دیگر، الگوهای هیجانی و شناختی که در اوایل زندگی فرد شکل می‌گیرند و در سراسر طول زندگی تکرار می‌گردند (یانگ، کلوکو و ویشار، ۲۰۰۳).

در درمان‌شناختی رفتاری می‌خواهیم نگرش‌های هسته‌ای در باب خود را تغییر دهیم و پذیرش مشروط را کاهش و پذیرش نامشروط را افزایش دهیم. انتظار ما این است که درمان شناختی رفتاری گروهی بر سطوحی از طرح‌واره‌های خود تأثیر بگذارد و از طریق تأثیر بر طرح‌واره‌های پیرامونی میزان خودپذیری مشروط را کاهش و خودپذیری نامشروط را افزایش

دهد و با این کار سطح سلامت روانی افراد را با اعمال تغییرات در باورهای ناکارآمد در مورد خود بهبود بخشد.

با توجه به مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری در خودپذیری زنان ۲۵ تا ۴۰ سال بود.

روش پژوهش

تحقیق حاضر با روش نیمه تجربی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش زنان ۲۵ تا ۴۰ سال شهر تبریز بود. به دلیل مداخله‌ای بودن این طرح از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند با شرط ورود استفاده شد. به این ترتیب که از میان زنان ۲۵ تا ۴۰ سال شهر تبریز تعداد ۲۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۰ نفری، یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل شرکت در جلسه بدو ورود، پاسخگویی کامل به پرسشنامه پذیرش بی‌قید و شرط خود، تمایل به شرکت در طرح، دارا بودن ملاک‌های التزام به شرکت منظم در جلسات درمان گروهی، قرار گرفتن در محدوده سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال، دارا بودن تحصیلات دانشگاهی و جنسیت زن می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم شرکت در جلسات، ابتلا به بیماری در طول مدت مطالعه و عدم انجام تکالیف و تمرینات در منزل است.

ابزارهای پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پذیرش بی‌قید و شرط خود توسط چمبرلین و هاگادر سال (۲۰۰۱) با اقتباس از نظریه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت و دارای دو زیرمقیاس پذیرش بی‌قید و شرط خود و پذیرش مشروط خود

است و برای گروه سنی ۱۴ سال و بالاتر قابل اجرا است. همسانی درونی را چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱) روش آلفای کرونباخ /۷۲ گزارش کرده است (شفیع‌آبادی و قشقایی، ۱۳۹۰).

نحوه پاسخ‌دهی به این پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت از کاملاً نادرست - ۱ تا همیشه درست - ۷ است در این مقیاس گرفتن نمره بالا در ۹ عبارت شامل عبارت‌های ۲-۳-۵-۶-۸-۱۱-۱۶-۱۷-۱۸ نشان‌دهنده پذیرش بی‌قید و شرط خود است. (دامنه نمرات از ۹ تا ۶۳) در حالی که ۱۱ مورد دیگر (عبارت‌های ۴-۷-۹-۱۰-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۹-۲۰) به صورت معکوس است به طوری که نمره پایین نشان‌دهنده پذیرش مشروط خود است (دامنه نمرات از ۱۱ تا ۷۷).

روایی همگرایی این پرسشنامه از طریق همبستگی نمرات آن با نمرات پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ بررسی شد که ضریب همبستگی آن 0.73 ($p < 0.008$) به دست آمد. همچنین از یک تحلیل عاملی با نمونه ۲۰۰ نفری از نوجوانان دختر دبیرستانی جهت بررسی روایی پرسشنامه استفاده شد که به جز سه ماده از پرسشنامه سایر عبارت‌ها از بار عاملی مناسبی برخوردار بودند. براساس نتایج تحلیل عامل تأییدی شاخص ریشه میانگین مجذور خطای تقریب برابر با 0.08 و شاخص‌های برازندگی تطبیقی و نیکویی برازش به ترتیب 0.95 و 0.95 به دست آمد و سایر شاخص‌ها هم از مقادیر قابل قبولی برخوردار بودند که بر برازش خوب مدل با داده‌ها دلالت دارد (کلانتری، ۱۳۹۲).

روش اجرا

در مرحله اجرا ابتدا اعضای گروه آزمایشی شناختی رفتاری و کنترل مشخص شدند.

پرسشنامه بر روی دو گروه اجرا شد. سپس زمان جلسات گروهی درمان شناختی رفتاری معین گردید. و روش کار در هر جلسه با الزام بحث و گفتگو و شرکت تمام اعضا در مباحث و انجام تکالیف جلسه در منزل تشریح شد. پس از اتمام جلسات آزمودنی گروه آزمایشی، از افراد هر ۲ گروه مجدداً پس‌آزمون گرفته شد. دوازده جلسه گروهی هفته‌ای ۲ بار با ۱۰ نفر آزمودنی تشکیل شد.

پرسشنامه‌ها بدون نام و با تخصیص کد تکمیل می‌شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شده بود که اطلاعات شخصی‌شان کاملاً محفوظ خواهد ماند. جلسات گروه درمانی در اتاقی که صندلی‌ها دایره‌وار چیده شده بود و همه اعضا می‌توانستند یکدیگر را نظاره کنند و آزادانه حرکتهای فیزیکی خود را انجام دهند برگزار شد.

گروه قبل و پس از زمان مداخله به پرسشنامه پذیرش بی قید و شرط خود پاسخ دادند. پس از پایان پژوهش از گروه کنترل دعوت شد تا در صورت تمایل در جلسات گروه‌درمانی آینده شرکت نمایند.

روش مداخله آموزش رویکرد شناختی رفتاری شامل موارد ذیل بود:

- ۱- معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر مشاوره گروهی ۲- معرفی رویکرد شناختی رفتاری (CBT) ۳- آموزش رابطه سه بعد تفکر، رفتار، فیزیولوژی و زنجیره A-B-C
- ۴- افزایش شناخت و آگاهی عضو از خود (معرفی خود در ۴ جمله) ۵- صحبت در باره نقاط قوت و ضعف برای تقویت خودهوشیاری ۶- معرفی خطاهای شناختی و مثال‌های عینی و روزمره و خواستن مصادیق شخصی از اعضا ۷- شناخت تأثیرات وجود خطاهای شناختی بر افکار و بررسی فرآیند اثر آنها ۸- معرفی کامل خطاهای شناختی و ارائه بروشور مربوطه جهت کشف جنبه‌های معیوب افکار خود ۹- فن تصویرپردازی منطقی-عاطفی فن آرمیدگی تدریجی.

به‌منظور بررسی داده‌ها و تجزیه و تحلیل نتایج در بخش آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی، نمودارها، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از روش تحلیل کواریانس استفاده شده است. تمام تحلیل‌های آماری با نرم‌افزار spss نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته‌ها

جدول (۱) نمره‌های میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودپذیری مشروط و نامشروط در گروه شناختی رفتاری و گروه کنترل

منبع	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M
درمان شناختی	۸/۳۴	۴۲/۷	۵/۰۲	۵۴/۶
رفتاری گروهی	۹/۰۱	۴۰/۷	۵/۲۱	۵۱/۵
گروه کنترل	۱۰/۰۲	۵۰/۸	۱۰/۷۲	۵۱/۳۰
	۴/۸۴	۴۹/۴	۵/۵۵	۴۹/۹۰

بر اساس نتایج مندرج در جدول (۱)، میانگین نمرات متغیرهای خودپذیری مشروط و خودپذیری نامشروط در گروه شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است.

جدول (۲) تحلیل کواریانس نمره‌های پیش‌آزمون خودپذیری مشروط در دو گروه درمان شناختی رفتاری و کنترل

منبع	SS	df	MS	F	P	η^2
گروه	۳۶۳/۹۵	۱	۳۶۳/۹۵	۱۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸
خطا	۳۹۲/۳۴	۱۷	۲۳/۰۸			
کل	۵۷۳/۸۹	۲۰				

با توجه به جدول (۲) مشاهده می‌شود که مقدار آماره F برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۱۵/۷۷ و مقدار احتمال آن برابر ۰/۰۰۱ است ($P < ۰/۰۵$). لذا تفاوت معنی‌داری در نمره‌های «خودپذیری مشروط» زنان برای مشارکت کنندگان در گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل، پس از کنترل نمره‌های «خودپذیری مشروط» اجرا شده قبل از مداخله (پیش‌آزمون) وجود دارد. همچنین مقدار اتای تفکیکی برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۰/۴۸ است. این بدان معناست که ۴۸ درصد واریانس متغیر «خودپذیری مشروط» در پس‌آزمون به‌وسیله متغیر مستقل (گروه) تبیین شده است. همچنین با توجه به این جدول مشاهده می‌شود که مقدار آماره F برای متغیر «خودپذیری مشروط-پیش‌آزمون» برابر ۳۷/۶۲ و مقدار احتمال آن برابر ۰/۰۰۰۱ است ($P < ۰/۰۵$). لذا رابطه معنی‌داری بین نمره‌های خودپذیری مشروط، پس

از کنترل نمره پیش‌آزمون وجود دارد. همچنین با توجه به این که مقدار اتای تفکیکی برای متغیر خودپذیری مشروط- پیش‌آزمون برابر $0/70$ است، در نتیجه 70 درصد واریانس متغیر خودپذیری مشروط- پس‌آزمون توسط خودپذیری مشروط- پیش‌آزمون تبیین شده است.

جدول (۳) تحلیل کواریانس نمره‌های پیش‌آزمون خودپذیری نامشروط در دو گروه درمان شناختی رفتاری و کنترل

منبع	SS	df	MS	F	P	η^2
گروه	۲۸۷/۸۱	۱	۲۸۷/۸۱	۳۱/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵
خطا	۱۵۴/۴۴	۱۷	۹/۰۹			
کل	۵۰۸۵۹	۲۰				

با توجه به جدول (۳) مشاهده می‌شود که مقدار آماره F برای متغیر مستقل (گروه) برابر $31/68$ و مقدار احتمال آن برابر $0/0001$ است ($P < 0/05$) لذا تفاوت معنی‌داری در نمره‌های «خودپذیری نامشروط» زنان برای مشارکت‌کنندگان در گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل، پس از کنترل نمره‌های «خودپذیری نامشروط» اجرا شده قبل از مداخله وجود دارد. همچنین مقدار اتای تفکیکی برای متغیر مستقل (گروه) برابر $0/65$ است. این بدان معناست که 65 درصد واریانس متغیر «خودپذیری نامشروط» در پس‌آزمون به وسیله متغیر مستقل (گروه) تبیین شده است. همچنین با توجه به این جدول مشاهده می‌شود که مقدار آماره F برای متغیر «خودپذیری نامشروط- پیش‌آزمون» برابر $40/47$ و مقدار احتمال آن برابر $0/0001$ است ($P < 0/05$). لذا رابطه معنی‌داری بین نمره‌های خودپذیری مشروط دو گروه، پس از کنترل نمره پیش‌آزمون وجود دارد. همچنین با توجه به این که مقدار اتای تفکیکی برای متغیر خودپذیری نامشروط- پیش‌آزمون برابر $0/70$ است، در نتیجه 70 درصد واریانس متغیر خودپذیری نامشروط- پس‌آزمون توسط خودپذیری نامشروط- پیش‌آزمون تبیین شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌ها بیانگر آن است که درمان‌گری شناختی رفتاری بر انواع خودپذیری اثر بخش است. این اثر بخشی را می‌توان به آموزش مفهوم خود و اهمیت باورهای بنیادین در میزان

خودپذیری و علاوه بر آن از طریق تمرکز بر اصلاح باورهای غیرمنطقی در مورد خود و سعی در اصلاح آنها از طریق مداخله در زنجیره فکر، احساس و رفتار دانست. یافته‌های این بخش از تحقیق با یافته‌های پژوهش‌های مشابه انجام شده توسط وثوقی و همکاران (۱۳۹۴) اسماعیلی (۱۳۹۳) و حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) و فلت و همکاران (۲۰۰۳) و چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱) همسو است نتایج این تحقیقات نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان شناختی رفتاری بر خودپذیری نامشروط در افراد مورد مطالعه است.

وثوقی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی و ابراز وجود پرداختند، نتایج پژوهش آنان نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری سبب کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی و ابراز وجود افراد گروه آزمایش شده است.

اسماعیلی (۱۳۹۳) در تحقیق خود مشاهده نمودند که در مداخله شناختی رفتاری میانگین نمره کل بهزیستی روان شناختی و میانگین نمرات در خرده‌مقیاس‌های روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، پذیرش خود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بیشتر بوده است.

حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) در تحقیق با عنوان رابطه مثبت‌اندیشی، خودپذیری و سازگاری در دانش‌آموزان دوره متوسطه بررسی شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین مثبت‌اندیشی و خودپذیری دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. بین خودپذیری و سازگاری دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. بین مثبت‌اندیشی دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت وجود دارد. بین خودپذیری دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت وجود ندارد. بین سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت وجود دارد. بین سازگاری آموزشی دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت وجود ندارد.

فلت و همکاران (۲۰۰۳) ارتباط بین خویشتن‌پذیری غیرشرطی و افسردگی را بررسی کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که افسردگی، با خویشتن‌پذیری غیرشرطی رابطه منفی دارند.

پژوهش چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱) نشان داده است که خویشن پذیرگی غیرمشروط با بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، خودشیفتگی و خودفربیی ارتباط منفی دارد و با شادکامی، رضایت از زندگی و سلامت روان رابطه مثبت دارد.

به‌طور کلی می‌توان گفت درمان‌گری شناختی رفتاری در افزایش خودپذیری نامشروط زنان اثربخش است. بنابراین می‌توان گفت روش شناختی رفتاری گروهی می‌تواند با استفاده از تغییرات در باورهای افراد و نگرش‌های هسته‌ای در باب خود، فرد را از پذیرش مشروط به سمت پذیرش نامشروط ببرد و در زمینه کاهش خودپذیری مشروط و افزایش خودپذیری نامشروط مورد استفاده قرار گیرد. نتیجه این کار پذیرش خود بدون توجه به نظرات و قضاوت‌های دیگران است و افراد را از مهرطلبی و در نتیجه آسیب‌های روانی نجات می‌دهد. و اثرات پایا و گسترده‌ای بر سلامت روانی زنان ایجاد کند. محدودیت‌های این پژوهش عبارت است از جامعه آماری محدود به زنان شهر تبریز که تعمیم نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهد و همچنین استفاده از ابزار تحقیق پرسشنامه و روش خودگزارشی می‌باشد. در پایان پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته‌های تحقیق که عبارت از اثربخشی درمان‌گری شناختی رفتاری گروهی بر خودپذیری در زنان بود برنامه آموزشی مبتنی بر این رویکرد تدوین شود و در مراکز بهزیستی و مشاوره و سرای سالمندان و مدارس اجرا شود.

هم چنین منابع مکتوب به‌صورت بروشور و... با محتوی مفاهیم درمان‌شناختی رفتاری در جهت افزایش میزان خودپذیری برای اطلاع‌رسانی به عموم افراد جامعه تهیه شود تا مورد استفاده افراد قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۱۴

منابع

- انکینسون، ری‌تال‌ال. (۱۳۸۴). *زمینه روان‌شناسی*. ترجمه حسن رفیعی و همکاران، تهران، ارجمند، چاپ پنجم، جلد دوم، ص ۱۱۸ و ۱۱۹.
- اسماعیلی، لیلا (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر بهزیستی روانشناختی دختران مبتلا به صرع، *مجله تحقیقات رفتاری*، شماره ۱۲ ص ۱۹۴ تا ۲۰۴.
- برجعی، احمد (۱۳۸۰). *تحول شخصیت در نوجوانان*. تهران: انتشارات وراى دانش.
- برنز، دیوید (۱۳۸۵). *از حال بد به حال خوب*، ترجمه مهدی قراچه‌داغی، تهران: انتشارات آرین.
- بلک برن، ایوی و دیویدسن، کیت، ام. (۲۰۰۵) *درمان شناختی برای افسردگی و اضطراب*. ترجمه حسن توزنده جانی ۱۳۸۴. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- حسن‌زاده، رمضان؛ مهدی‌نژاد گرگی، گلین و الهام برمکی (۱۳۹۳). *رابطه مثبت اندیشی، خودپذیری و سازگاری در دانش‌آموزان دوره متوسطه*. اولین کنفرانس سراسری توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی ۱۳۹۳.
- خدا رحیمی، سیامک (۱۳۷۳). *روان‌شناسی سالمندی*، انتشارات آستان قدس رضوی.
- دریدان، ویندی و مایکل نینان (۱۳۹۲). *کتاب همراه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی*. مترجم مهرداد فیروز بخت. انتشارات روانشناسی هنر تهران
- دریدان، ویندی و مایکل نینان (۱۳۹۲). *کتاب همراه رفتار درمانی عقلانی هیجانی*. مترجم مهرداد فیروز بخت. انتشارات روانشناسی هنر تهران.
- زاراب، م ژانت (۱۹۹۲). *ارزیابی و شناخت رفتاردرمانی نوجوانان*. ترجمه محمد خدایاری. یاسمن عابدینی. (۱۳۸۲) تهران: انتشارات رشد.
- سیموس، گری گوریس (۱۳۸۴). *درمان رفتاری شناختی*. ترجمه سیداحمد جلالی، آریو روحانی و مریم پورامینی. تهران: انتشارات پادرا.
- شارف، ریچارد (۱۳۹۰). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*. چاپ هشتم. ترجمه مهرداد فیروز بخت. تهران: نشر موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- شاملو، سعید (۱۳۸۲). *روان‌شناسی شخصیت*. تهران، رشد، چاپ هفتم، ص ۱۴۱.

شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصری غلامرضا (۱۳۹۲). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

شولتز، دوان (۱۳۸۱). نظریه‌های شخصیت، مترجمان: یوسف کریمی و جمهری فرهاد. انتشارات ارسباران. شولتز، دوان و سیدنی شولتز (۱۳۷۵). تاریخ روان‌شناسی نوین. ترجمه علی‌اکبر سیف و همکاران، تهران، رشد، ۱۳۷۵، چاپ سوم، جلد دوم، ص ۳۷۵ و ۳۷۶.

کاست، ورنا (۱۳۹۱). احساس ارزش به خود و تجربه هویت. تهران: انتشارات لیوسا.

کلانتری، فریبا (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پرسشنامه پذیرش بی قید و شرط. وثوقی، محمد (۱۳۹۴). بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و فراشناخت در بین زندانیان اردبیل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

گنجی، حمزه (۱۳۸۶). ارزشیابی شخصیت. تهران: انتشارات ارسالان.

یانگ، جفری؛ کلوکسو، ژانت و ویشار مارجوری (۱۳۸۶). طرحواره درمانی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۵۰).

یانگ، جفری و ژانت کلوکسو (۱۳۹۵). زندگی خود را دوباره بیافرینید. ترجمه حسن حمیدپور، الناز پیرمردادی و ناهید گلی‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۵۰).

Chamberlain, J.M., & Haaga, D.A.F. (2001). Unconditional self-acceptance and responses to negative feedback. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 19, 177-189.

Dryden, W. (2013). On Rational Beliefs in Rational Emotive Behavior Therapy: A Theoretical Perspective. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 31(1): 39-45.

Ellis, A. & Dryden, W. (1987). Rational-emotive therapy: an excellent counseling theory for nps. *Nurse Practitioner*, 12(7), 16-37.

Flett, G.L., Besser, A., Davis, R.A., & Hewitt, P.L. (2003). Dimensions of Perfectionism, Unconditional Self-Acceptance, and Depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21(2): 119-138

Hays. P.A, Iwamassa G.Y. (2006). culturall Responsive Cognitive-Behavioral therapy: Assesment and supervision Washington, DC: *American Psychological Association*.

- Overholser, J. (2003). Rational-emotive-behavior therapy: An Interview with Albert Ellis. *Journal of Contemporary*, 30-33.
- Simos, G. (2002). *Cognitive-behavior therapy*. New York: Taylor & Francis, 73-85.
- Werwh, J., Remer. P. (1986). *Famenist Perspectives in Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley, Sons. Inc
- Seligman MEP, Schulman P. (2007). Tryon AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther*, 8(45):11-26.