

# اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودکارامدی و عزت نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد

آتوسا کلانتر هرمزی<sup>۱</sup> - جواد بیژنی<sup>۲</sup> - ناهید حسینی نژاد<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودکارامدی و عزت نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد. پژوهش حاضر کاربردی و از نوع شبه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد بستری در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر شیراز در طول تابستان و پاییز سال ۱۳۹۳ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ مرد متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد انتخاب شدند. از پرسشنامه خودکارامدی جروسالم و شوارز (۱۹۹۲) و عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) به عنوان پیش‌آزمون-پس‌آزمون در این پژوهش استفاده شد و داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل داده‌ها حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری گروهی بر افزایش خودکارامدی و عزت نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر بوده و بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشته است. با توجه به نتایج این پژوهش گروه درمانی شناختی رفتاری، خودکارامدی و عزت نفس در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، خودکارامدی، عزت نفس، سوء مصرف مواد.

۱. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول: at.kalantar@yahoo.com)

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران

## مقدمه

ریشه‌کن کردن اعتیاد<sup>۱</sup> از دغدغه‌های بسیار مهم جوامع است. اعتیاد یک اصطلاح عامیانه و غیرعلمی به معنای وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر است که سبب بروز رفتارهای جستجوی مواد شده و در صورت عدم مصرف مواد مورد نظر، علائم محرومیت در رفتار معتاد بروز می‌کند (بهاری و گروسی، ۱۳۸۸). در کشور ما اعتیاد به مواد مخدر در دههٔ اخیر یکی از بحران‌های بهداشتی و اجتماعی بوده است. اعتیاد به مواد مخدر نوعی بیماری اجتماعی است که به قول جامعه‌شناسان یک «بلائی اجتماعی» محسوب می‌شود که بافت خانواده در اعتیاد اعضا می‌تواند نقش بسزایی داشته باشد (معارف‌وند، شریفی و حاج بابایی، ۱۳۸۰). اختیاری (۱۳۸۷)؛ به نقل از جندقی، نشاط‌دوست، کلانتری و جلیل‌عاملی، ۱۳۹۰) عنوان می‌کند که درهم تنیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این معضل را به یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است. دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل<sup>۲</sup> (۲۰۰۵)، شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت ۱۵-۶۴ سالهٔ جهان ۲۰۰ میلیون نفر برآورد نموده است. براساس نظریهٔ یادگیری اجتماعی بندورا، مصرف مادهٔ مخدر ناشی از الگوبرداری فرد از افرادی است که انتظارهای مثبتی در زمینهٔ مصرف مواد مخدر دارند، به عبارتی دیگر الگوهای موجود در محیط زندگی، فرد را به دلیل مصرف مواد تشویق و تقویت می‌کنند (لیف و استیس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴)؛ به نقل از کمزترین، زارع و بروکی میلان، ۱۳۹۰). از طرفی طرد شدن فرد وابسته به سوء مصرف مواد و ناکامی او در ترک، می‌تواند موجب کاهش خودکارآمدی<sup>۴</sup> و عزت نفس ۵ او برای ترک مواد شود.

1. Addiction

2. United Nation Office for Drug Control (UNODC)

3. Leigh & Stacy

4. self-efficacy

5. self-esteem

یکی از عواملی که می‌تواند در درمان اعتیاد به مواد مؤثر باشد، خودکارآمدی است. اصطلاح خودکارآمدی بر نظریه شناختی اجتماعی بندورا<sup>۱</sup> مبتنی است. از دیدگاه بندورا خودکارآمدی توانایی فرد در انجام عمل خاص، در کنار آمدن با موقعیت ویژه است (جهانی‌ملکی، شریفی، جهانی‌ملکی و نظری بولانی، ۱۳۹۰؛ به نقل از گیلک، زاده محمد و باقری، ۱۳۹۱). در خودکارآمدی، اعتقاد فرد بر این است که فرد به واسطه آن می‌تواند رفتار لازم برای رسیدن به یک هدف مورد نظر را به طور موفقیت آمیزی اجرا کند و چهار منبع اصلی داوری شخص در مورد خودکارآمدی خودش عبارتند از: تجربیات موفق قبلی، تشویق و ترغیب کلامی، تجربه‌های جانشینی و انگیزختگی فیزیولوژیکی (حبیبی، کارشکی، دستگرد، حیدری و طلائی، ۱۳۹۱). به جزء انگیزختگی فیزیولوژیکی، بقیه منابع خودکارآمدی به شدت تحت تأثیر جو خانوادگی فرد قرار دارند. اوسترلیچ، آستین، لوک و تاریر<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) پژوهشی تحت عنوان خودکارآمدی، اعتقادات و توجهات مرتبط با سیگار روی دانش آموزان شهر تگزاس انجام دادند که این پژوهش نشان داد خودکارآمدی به طور مستقیم بر روی تمایل به سیگار تأثیر داشته و می‌تواند به عنوان یک راهکار مفید در پیشگیری از مصرف سیگار به کار گرفته شود. همچنین در پژوهش بدر و مودی<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) در رابطه با تأثیر خودکارآمدی بر ترک دخانیات نشان دادند که خودکارآمدی پنداری، اولین عامل پیش‌بینی کننده ترک سیگار است. در پژوهش جعفری، شهیدی و عابدینی (۱۳۸۸) اهمیت تأکید بر نقش خود مراجعین و احساس خودکارآمدی آنها در فرایند تغییر و ترک اعتیاد روشن شد. بدر و مودی (۲۰۰۵) نیز در پژوهش خود بر روی ۶۴ جوان ۱۶ تا ۲۵ ساله به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی معتادان می‌تواند ۰/۴۷ درصد از واریانس مصرف الکل و ۰/۶۹ درصد از واریانس مصرف ماری جوانا را پیش‌بینی کند و می‌توان در کسب حمایت‌های اجتماعی برای تغییر مؤثر باشد.

1. Bandura

2. Oestrich, Austin, Lykke & Tarrier

3. Badr & Moody

از دیگر عواملی که می‌تواند توان افراد را برای مقابله با اعتیاد افزایش دهد عزت نفس می‌باشد. عزت نفس قضاوت شخصی از ارزشمندی خود است (کوپراسمیت<sup>۱</sup>، ۱۹۶۷؛ بیابانگرد، ۱۳۷۶). عزت نفس از تفاوت بین خود ادراک شده و خود ایده‌آل ناشی می‌شود (امامی، فاتحی‌زاده و عابدی، ۱۳۸۵). تفاوت زیاد بین خود ادراک شده و خود ایده‌آل منجر به عزت نفس پایین می‌شود و تفاوت اندک میان این دو معمولاً عزت نفس بالا را در پی دارد (پوپ، الیس، میچل و ادوارد<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹). شواهد نشان می‌دهد که عزت نفس پایین به طور چشمگیری با بسیاری از مسائل و مشکلات بهداشت روانی رابطه دارد و اکثر مردم که دارای مشکلات سلامت روان می‌باشند از عزت نفس پایین رنج می‌برند (سیلورستون و سلسالی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). بلک و راست<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) در پژوهشی نشان داد که افزایش عزت نفس برای پیش‌گیری از مشکلاتی که ممکن است بر اثر عزت نفس پایین برای نوجوانان به وجود آید ضروری است. پژوهش‌های کوپراسمیت (۱۹۶۷) همبستگی بالایی را بین دو سازه عزت نفس و خودکارآمدی نشان داد. در واقع عزت نفس بالا برای یک خودکارآمدی سالم و قوی ضروری است (مک فالند<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸؛ به نقل از کاظمینی و رجبی، ۱۳۸۸). افزایش احساس خودکارآمدی و عزت نفس می‌تواند به افزایش توان فردی برای مقابله با بیماری‌های روانی و کاهش بیماری‌های روانی منجر شود. از آنجایی که فرد معتاد، بیمار محسوب می‌شود، درمان هرچه زودتر آن می‌تواند توان فرد را در خود تنظیمی افزایش دهد و همچنین از بروز بسیاری از آسیب‌های خانوادگی جلوگیری کند.

امروزه یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران در درمان اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد رویکرد شناختی رفتاری است (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸). در درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی، تغییرات درمانی حاصل از بینشی نیست که از

1. Cooper smith

2. Pope, Alise, Machale & Edward

3. Silverstone & Salsali

4. Blake & Rust

5. Macfalnd

تعامل گروهی نشئت می‌گیرد، بلکه در نتیجه استفاده مراجع از راهبردهای تغییر که توسط درمانگر آموخته می‌شود به وجود می‌آید (هولون و ایوانز، ۱۹۸۳؛ به نقل از نوابی نژاد، ۱۳۹۲). بر اساس نظریه شناختی رفتاری، وابستگی به مواد مخدر مانند سایر رفتارها، متشکل از یک سلسله رفتارهای یاد گرفته شده است که از طریق تقلید از الگوها در اثر پی بردن به نتایج ماده مخدر استفاده شده مانند کاهش اضطراب، افسردگی و تسکین درد و بالا بردن توانایی معاشرت اجتماعی آموخته می‌شود و مهم ترین هدف درمان آن است که پیش‌آیندهای مهم در شناسایی و روش‌های مؤثر تسلط بر آنها را برای گسیختن رابطه با مواد به مراجع آموزش دهند (مؤمنی، مشتاق و پور شهباز، ۱۳۹۲). معمول ترین فنون مورد استفاده در درمان شناختی رفتار گروهی از نظر قمری کیوی و فتاحی (۱۳۹۳) عبارتند از: بازسازی شناختی (تصحیح افکار ناکارآمد)؛ تجربه‌ی رفتار (قادر ساختن افراد برای آزمایش افکار خود)؛ تنظیم خلق (ارزیابی درمانگر و کمک به اعضاء در نظارت بر تغییرات عاطفی)؛ تکلیف منزل (فراهم کردن فرصت برای تمرین و تقویت مهارتها) و جلسه حمایتی (تقویت و نگهداری مهارت پس از خاتمه درمان). نریمانی (۱۳۸۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که در مرحله سم‌زدایی و توان بخشی معتادین استفاده از فنون درمان شناختی رفتاری اثر بخشی بالاتری دارد. بندورا معتقد است مهم ترین تغییر درمان بخش، افزایش سطح خودکارآمدی مراجع است که چنین تغییری از طریق مداخلات عملکرد مدار حاصل می‌شود (دولان، مارتین و روهسنو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). مطالعات زیادی حکایت از اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در افزایش خودکارآمدی معتادان دارد (دایجسترا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ یین چنچ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ وینکل‌بای و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از جعفری، شهیدی و عابدین، ۱۳۸۸). فرقانی طوقی، جوانبخت، بیاض، صالحی، وحیدی و دروگر (۱۳۹۱) در پژوهشی با هدف مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و

1. Dolan, Martin & Rohsenow  
 2. Digestra  
 3. Yen cheng & et al

واقعیت‌درمانی بر عزت‌نفس دانش‌آموزان دبیرستانی به این نتیجه رسیدند که هر دو روش آموزش گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری و واقعیت‌درمانی در افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مؤثر است. پژوهشی دیگر حاکی از آن است که درمان شناختی‌رفتاری در افزایش عزت‌نفس و سازگاری اجتماعی مؤثر است (توزنده جانی، صدیقی، نجات و کمال پور، ۱۳۸۶). همچنین کاظمینی و رجبی (۱۳۸۸) در پژوهشی با هدف اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری در بهبود عزت‌نفس و خودکارآمدی به این نتیجه رسیدند که گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند عزت‌نفس و خودکارآمدی را ارتقاء دهد.

به طور کلی اعتیاد پدیده‌ای بسیار شایع است که جوامع و خانواده‌ها را تهدید می‌کند. بنابراین بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر بهبود خودکارآمدی و عزت‌نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به بررسی صورت گرفته، از آن جا که تحقیقی در ایران در زمینه بررسی تأثیر اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر بهبود خودکارآمدی و عزت‌نفس مردان متاهل وابسته به سوء مصرف مواد صورت نگرفته است بر آن شدیم تا با توجه به اهمیت دو متغیر ذکر شده تحقیقی در این زمینه انجام دهیم. نتایج این تحقیق می‌تواند برای مراکز بالینی، بیمارستان‌های روانی، درمان‌گران و پژوهشگران نیز مفید و سودمند باشد. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر خودکارآمدی و عزت‌نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد می‌باشد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال آزمون دو فرضیه می‌باشد که عبارتند از:

الف: اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر افزایش خودکارآمدی مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است.

ب: اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر افزایش عزت‌نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است.

## ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی عزت نفس<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط کوپراسمیت<sup>۲</sup> در سال ۱۹۶۷ ساخته و تدوین شده است. پرسشنامه مشتمل بر ۴۶ ماده است که دارای پاسخ بلی و خیر هستند و ۸ ماده آن دروغ سنج می باشد. شیوه نمره گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است. محمدی (۱۳۸۴) در تحقیق خود برای بررسی روایی این مقیاس، علاوه بر محاسبه همبستگی هر سوال با نمره کل، از تحلیل عاملی به روش مولفه های اصلی نیز استفاده کرد. همچنین با محاسبه آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۷ را برای این مقیاس گزارش نمود. کوپراسمیت (۱۹۶۷) ضریب بازآزمایی این پرسشنامه بعد از پنج هفته را ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی پس از سه سال را ۰/۷۰ گزارش کرده اند.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط جروسالم و شوآزرز<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) در ۱۰ ماده تدوین شده است که در مجموع بیانگر سازگاری موفقیت آمیز فرد با یک موقعیت مشکل زا می باشد. در مقابل هر عبارت، چهار گزینه کاملاً مخالف من، کمی شبیه من، خیلی شبیه من و کاملاً شبیه من قرار دارد که به هر کدام از گزینه ها به ترتیب نمرات ۱ تا ۴ تعلق می گیرد. بنابراین حداقل نمره این پرسشنامه برای هر فرد ۱۰ و حداکثر آن ۴۰ می باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تایید شده است. این مقیاس تک بعدی بر روی ۳۲ فرهنگ اجرا شده است و نه تنها ساده و پایاست بلکه دارای روایی افتراقی و همگرا نیز می باشد. در تحقیق فولاد چنگ (۱۳۸۲) میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ گزارش شده است.

## شیوه اجرا

پس از انتخاب حجم نمونه و جایگزینی تصادفی آنان در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و

1. Self-Esteem Inventory(SEI)

2. Cooper Smith

3. General Self-Efficacy Scale(GSE)

4. Jerusalem & Schwarzer

کنترل، با دعوت از آنان و بیان اهداف و جلب حمایت از آنان، گروه آزمایش در طی ۹ جلسه ۱ ساعت و ۳۰ دقیقه‌ای با تواتر هفته‌ای دو جلسه مورد درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل تهیه شده توسط خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۹) قرار گرفتند. بعد از اتمام درمان مجدداً پرسشنامه‌ها ارائه و تکمیل گردید. سپس نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جلسه	محتوای جلسات
پیش آگاهی	برنامه ریزی برای تشکیل گروه؛ انتخاب اعضا؛ مشاوره فردی با اعضا قبل از تشکیل گروه؛ اشاره به ضرورت حضور و مشارکت اعضا در جلسات گروه؛ توافق با اعضا در مورد زمان تشکیل گروه.
اول	ایجاد ارتباط اولیه؛ بیان اهداف، روش کار و تعامل و تعیین هدف و تغییرات مطلوب در بین اعضا گروه؛ آموزش مهارت تحلیل رفتار (A-B-C) و آموزش آگاهی از همبندی‌ها؛ تکلیف منزل: نوشتن ۱۰ مورد از بدترین حوادث زندگی خود با استفاده از مدل (A-B-C).
دوم	بررسی تکلیف منزل؛ معرفی تحریف‌های شناختی؛ اصلاح تحریف‌های شناختی و روش‌های شناختی کنترل خود؛ تکلیف منزل: تمرین و کاربرد آن در موقعیت‌های روزمره و گزارش آن در جلسه آتی.
سوم	بررسی تکلیف منزل؛ بازسازی شناختی از راه جایگزینی افکار منطقی بجای افکار غیر منطقی، بحث گروهی؛ تکلیف منزل: کاربرد بازسازی شناختی و پیدا کردن افکار جایگزین و تاثیر آن در موقعیت‌های روزمره.
چهارم و پنجم	بررسی تکلیف منزل؛ آموزش مثبت‌نگری و کشف ویژگی‌های مثبت؛ تکلیف منزل: تمرین مثبت‌نگری با افراد آشنا و تهیه گزارش.
ششم و هفتم	بررسی تکلیف منزل؛ آموزش مهارت حل مسئله (این برنامه از چهار مرحله تشکیل شده است: ۱) تعریف مسئله، ۲) ارائه راه حل‌های جایگزین، ۳) تصمیم‌گیری، ۴) به کارگیری و اجرای راه حل)؛ تکلیف منزل: اجرای عملی راه حل‌های مطرح شده در خارج از گروه و تهیه گزارش.
هشتم	بررسی تکلیف منزل؛ ارتقای مهارت اجتماعی قاطعیت (جرأت‌ورزی)؛ تکلیف منزل: ایجاد و پیدا کردن موقعیتی در خارج از جلسه گروه تا عوامل مربوط به قاطعیت را در آن رعایت کرده باشند، ارائه گزارش)؛
نهم	بررسی تکلیف منزل؛ مرور تکنیک‌های آموخته شده در جلسات؛ گرفتن بازخورد از اعضا و اجرای پس‌آزمون.



## یافته ها

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و عزت نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد می باشد. آماره های توصیفی پژوهش در جدول ۱ آمده است

جدول ۱- یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

پیش آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
نحراف معیار	میانگین	نحراف معیار	میانگین		
۳.۵۲	۲۰.۵۳	۳.۲۱	۱۴.۸۰	کنترل	خودکارآمدی
۳.۶۰	۲۹.۶۰	۳.۳۶	۱۷.۲۰	آزمایش	
۲.۸۰	۶۷.۶۶	۱.۸۷	۶۷.۰۰	کنترل	عزت نفس
۲.۲۶	۷۱.۴۰	۳.۳۵	۶۶.۵۳	آزمایش	

فرضیه اول: اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است.

در آزمون فرضیه فوق، به منظور بررسی یکسانی واریانس های حاصل از مفروضه های تحلیل کوواریانس، آزمون لوین اجرا شد.

جدول ۲- نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس ها در آزمون تحلیل کوواریانس

F	درجه ی آزادی ۱	درجه ی آزادی ۲	سطح معنی داری
۲.۰۷	۱	۲۸	۰.۱۶

نتایج آزمون لوین جدول ۲ نشان می دهد که چون سطح معنی داری به دست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معنی داری ندارند و تفاوت حاصله ناشی از نمونه گیری تصادفی است. بنابراین پیش فرض جهت انجام کوواریانس رعایت شده است.

جدول شماره ۳- تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی

اثرات گروه درمان شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا
پیش آزمون	۳۴.۲۲	۱	۳۴.۲۲	۲.۸۷	۰.۱۰	۰.۰۹
اثر مداخله	۴۴۷.۷۹	۱	۴۴۷.۷۹	۳۷.۶۵	۰.۰۵	۰.۵۸

با توجه به جدول ۳ و با تأکید بر مقدار F به دست آمده در منبع تغییرات گروه خودکارآمدی می‌پردازد می‌توان مطرح نمود که گروه درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر بوده، به طوری که باعث افزایش میانگین‌های پس آزمون در گروه آزمایش شده است.

**فرضیه دوم:** اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش عزت نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است.

جدول ۴- نتایج آزمون لویین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها در آزمون تحلیل کواریانس

F	درجه‌ی آزادی ۱	درجه‌ی آزادی ۲	سطح معنی داری
۱.۳۸	۱	۲۸	۰.۲۴

نتایج آزمون لویین جدول ۴ نشان می‌دهد که چون سطح معنی داری به دست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معنی داری ندارند و تفاوت حاصله ناشی از نمونه‌گیری تصادفی است. بنابراین پیش فرض جهت انجام کواریانس رعایت شده است.

جدول شماره ۵- تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات گروه درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزوراتا
پیش آزمون	۱۴.۷۱	1	۱۴.۷۱	۲.۳۸	۰.۱۳	۰.۰۸
اثر مداخله	۱۸۶.۲۴	1	۱۸۶.۲۴	۳۰.۱۳	۰.۰۵	۰.۵۷

با توجه به جدول ۵ و با تأکید بر مقدار  $F$  بدست آمده در منبع تغییرات گروه در سطح  $(p < 0.05)$ ، که در راستای اثرات گروه درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس می‌پردازد می‌توان مطرح نمود که گروه درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر بوده، به طوری که باعث افزایش میانگین‌های پس‌آزمون در گروه آزمایش شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر بر خودکارآمدی و عزت نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی بر افزایش خود کارآمدی و عزت نفس مردان متاهل وابسته به سوء مصرف مواد مؤثر بوده است به طوری که باعث افزایش میانگین‌های پس‌آزمون در گروه آزمایش شده است.

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی مردان متاهل وابسته به سوء مصرف مواد مؤثر است، مورد تأیید قرار گرفت. می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری گروهی ظرفیت مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد را در شناخت احساسات خود و دیگران بالا برده و به ایجاد انگیزه در آنها کمک کرده تا آنها خودکارآمدی خود را بالا برده و بتوانند در رفتارهای خود، کنترل بیشتری داشته باشند. نتایج این پژوهش با نتایج به دست آمده از پژوهش کلی، لودمن،

مارک، مان، بریکر پترسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، جعفری، شهیدی و عابدین (۱۳۸۸)، ملازاده و عاشوری (۱۳۸۸) همخوانی دارد. دولان، مارتین و روهسنو (۲۰۰۸) با هدف بررسی نقش خودکارآمدی در پرهیز از کوکائین ۱۶۳ بیمار وابسته به کوکائین را در هفته اول درمان مورد مطالعه قرار دادند نتایج نشان دهنده ارتباط قوی خودکارآمدی و توقف مصرف و نیاز به کوکائین در موقعیت‌های پرخطر بود. همچنین کمرزین، زارع و بروکی میلان (۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری در افزایش خودکارآمدی و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر مؤثر است. از آنجایی که خودکارآمدی، باور شخص در مورد خود تفسیر می‌شود انتظار می‌رود که درمان شناختی رفتاری که باورهای فرد را مورد توجه قرار می‌دهد بتواند در افزایش و بهبودی خودکارآمدی مؤثر باشد (حسینیان و نیکنام، ۱۳۸۹). به نظر می‌رسد رمز موفقیت درمان شناختی رفتاری این باشد که در این درمان بر شناسایی خطاهای شناختی بیماران و سعی در آگاه کردن آنها تأکید می‌کند، چرا که این روند شناسایی و آگاهی از افکار را به هیچ‌وجه با دارو درمانی نمی‌توان انجام داد و لازم است روی درمان شناختی رفتاری تأکید ویژه‌ای شود. تا زمانی که فرد وابسته به سوء مصرف مواد، به توانایی خود اعتماد نکند و مسئولیت درمان خود را بر عهده نگیرد نمی‌توان به بهبودی و ترک مواد او امیدوار بود و اولین قدم در درمان افراد وابسته به مواد افزایش خودکارآمدی است. آمادگی شناختی و کنترل افکار از یک سو و انجام موفقیت آمیز تکالیف رفتاری در درمان شناختی رفتاری از سوی دیگر می‌تواند به افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت درمان توسط مراجع مؤثر باشد. با توجه به ویژگی‌های خاص درمان شناختی رفتاری و همچنین پیشینه پژوهش، به نظر قابل توجیه است که درمان شناختی رفتار باعث افزایش خودکارآمدی در مردان متاهل وابسته به سوء مصرف مواد شود.

همچنین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش عزت نفس مردان متاهل وابسته به سوء مصرف مواد مؤثر است، مورد تأیید قرار گرفت و پژوهش حاضر نشان می دهد که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش عزت نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است. این یافته ها با نتایج تیلور و مونتگومری<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)، اوئستریچ و همکاران (۲۰۰۷)، نایت، ویکزو و هایورد<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) همسو می باشد. منیوس، ویت، شافرن<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در عزت نفس پایین برای یک مطالعه موردی بررسی کردند. آنان به درمان یک بیمار با عزت نفس پایین، افسردگی، و اضطراب پرداختند در پایان درمان (۱۲ جلسه بیش از ۶ ماه)، و در ۱ سال پیگیری نتایج نشان داد که اقدامات درمانی نشان دهنده تاثیر درمان شناختی رفتاری در افسردگی، اضطراب، عزت نفس است. همچنین اسپیرمن<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) تأثیر مشاوره گروهی کوتاه مدت و شیوه های عینی و ملموس رویکرد رفتاری را بر عزت نفس و جایگاه مهار بررسی کرد و به این نتیجه رسید که آموزشها سطح عزت نفس را در افراد افزایش می دهد. کاظمینی و رجبی (۱۳۸۸) در تبیین چگونگی تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش میزان عزت نفس عنوان می کند که مهم ترین منبع تأثیرگذار بر پیدایش و میزان عزت نفس، مؤلفه های شناختی هستند و علاوه بر این فرض زیر بنایی رویکرد شناختی رفتاری این است که تغییر در شناخت منجر به تغییر رفتاری و هیجانی نیز می شود. بنابراین با توجه به تعریف عزت نفس که شامل بعد عاطفی و هیجانی ارزیابی خود است، این رویکرد از طریق اصلاح و تغییر مؤلفه های شناختی ناکارآمدی که موجب کاهش عزت نفس می شوند، می تواند موجب تغییرات هیجانی و رفتاری شده و میزان عزت نفس را افزایش دهد. همچنین از آنجایی که پژوهش های کوپراسمیت (۱۹۶۷) همبستگی بالایی را بین دو سازه عزت نفس و خودکارآمدی نشان دادند و طبق

1. Taylor & Montgomery
2. Knight, Wykes & Hayward
3. Manus, Waite & Shafran
4. Spearman

گفته مک‌فالد (۱۹۹۸)؛ به نقل از کاظمینی و رجبی (۱۳۸۸) در واقع عزت نفس بالا برای یک خودکارآمدی سالم و قوی ضروری است. به نظر می‌رسد که خودکارآمدی و عزت نفس طیفی از ویژگی‌هایی را شامل می‌شوند که ریشه در میزان خودباوری و پذیرش خود دارد و با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری که عنوان می‌کند باورهای فرد تعیین کننده واقعی رویدادها هستند و همچنین فرد را به عمل کردن و انجام تکالیف رفتاری برای تغییر عادت‌های نامناسب ترغیب می‌کند، به نظر منطقی می‌رسد که درمان شناختی رفتاری در افزایش خودکارآمدی و عزت نفس مردان متاهل وابسته به مواد مؤثر باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی، غیبت آزمودنی‌ها در برخی از جلسات درمان و همچنین ناهمسانی طبقه اجتماعی آزمودنی‌ها و حمایت‌های خانوادگی آنها، اشاره کرد. اما بطور کلی، نتایج این پژوهش شناخت ما را از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد گسترش می‌دهد. در عین حال لازم به ذکر است اگرچه این پژوهش به شناخت جامع‌تری از مؤلفه‌های عزت نفس و خودکارآمدی دست یافته است، اما لازم است به تأثیرات عزت نفس در بهبود افراد مبتلا به سوء مصرف مواد پرداخته شود و پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی مورد بررسی قرار گیرند. همچنین به بررسی عوامل فردی، خانوادگی، محیطی در میزان خودکارآمدی و عزت نفس افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و تأثیر مداخله این عوامل با اثربخشی درمان شناختی رفتاری مورد پژوهش قرار گیرد.

## منابع

- امامی، طاهره؛ فاتحی‌زاده، مریم و عابدی، محمد رضا (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو شیوه شناختی رفتاری و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش آموزان. *دانشور رفتار/دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۳(۱۹)، ۶۵-۷۴
- بهاری، فرشاد و گروسی، کاملیا (۱۳۸۸). *اعتیاد. مشاوره و درمان*، تهران: نشر دانژه

- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۶). *روشهای افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- تونزنده جانی، حسن؛ صدیقی، کاظم؛ نجات، حمید و کمال پور، نسرین (۱۳۸۶). اثر بخشی نسبی آموزش های شناختی رفتاری عزت نفس بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان. *دانش و پژوهش در علوم تربیتی*، ۱۶، ۴۱-۵۶.
- جعفری، مصطفی؛ شهیدی، شهریار و عابدین، علیرضا (۱۳۸۸). مقایسه اثر بخشی درمانهای فرا نظری و شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۱)، ۱-۱۲.
- جندقی، فاطمه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ کلاتری، مهرداد و جلیل عاملی، شیدا (۱۳۹۰). بررسی اثر بخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله روان شناسی بالینی*، ۴(۱۶)، ۴۱-۵۰.
- حبیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس و طلائی، علی (۱۳۹۱). رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. *مجله علمی پژوهشی حکیم*، ۱۵(۱)، ۵۳-۵۹.
- حسینیان، سیمین و نیکنام، ماندانا (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مداخله آموزشی شناختی رفتاری بر خود ناتوان سازی و خود کارآمدی زنان ورزشکار. *رفتار حرکتی و روان شناسی رفتار*، ۷، ۶۳-۷۸.
- خداپاری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین (۱۳۸۹). *نظریه ها و اصول خانواده درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- فرقانی طرقي، ام البنین؛ جوانبخت، مریم؛ بیاض، محمد حسین؛ صالحی، علی؛ وحیدی، شعیب و دروگر، خدیجه (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر عزت نفس دانش آموزان دبیرستانی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۲)، ۸۰-۱۷۲.
- فولادچنگ، محبوبه (۱۳۸۲). بررسی باورهای خودکارآمدی دختران دانش آموز استان فارس و ارائه راهکارهای مناسب. *مجموعه مقالات هفته پژوهش*، سازمان آموزش و پرورش استان فارس، ۷۹-۹۹.
- قمری گیوی، حسین؛ فتحی، داود (۱۳۹۳). *مشاوره و رواند درمانی گروهی (نظریه ها و فنون)*. اردبیل: باغ رضوان.
- کاظمینی، تکتم و رجبی، محسن (۱۳۸۸). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در بهبود عزت نفس و خودکارآمدی دانشجویان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۶۹-۸۰.
- کمرزین، حمید؛ زارع، حسین؛ بروکی میلان، حسن (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر

- افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم در بیماران وابسته به مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۶(۲۲)، ۷۵-۸۵.
- گیلک، ملیحه؛ زاده محمدی، علی؛ باقری، فریبرز (۱۳۹۱). رابطه تاب‌آوری و خود‌پنداشت با خود کارآمدی معلولان جسمی دختر: نقش واسطه‌ی خلاقیت. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹(۳۵)، ۳۰۷-۳۱۵.
- محمدی، نورالله (۱۳۸۴). بررسی مقدماتی اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس خود روزنبرگ. فصلنامه روان‌شناسان ایران، ۱(۴)، ۳۱۳-۳۲۰.
- معارف‌وند، معصومه؛ شریفی، حسین پاشا و حاج بابایی، حسین (۱۳۸۰). عوامل شخصیتی، خانوادگی و روابط اجتماعی مؤثر بر بازگشت معتادان بهبود یافته به اعتیاد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۷(۵)، ۳۳۳-۳۵۲.
- ملازاده، جواد؛ عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *دانشور رفتار/دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۶(۳۴)، ۱-۱۲.
- مؤمنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله و پورشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهداری با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۷)، ۷۹-۹۲.
- نریمانی، محمد (۱۳۸۲). بررسی تأثیر روان‌درمانی شناختی رفتاری در ترک اعتیاد و نوابخشی افراد معتاد. *تازه‌های و پژوهش‌های مشاوره*، ۹(۱۰)، ۴۲-۵۹.
- نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۹۲). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی*. تهران: انتشارات سمت.
- Badr, H. E., & Moody, P. M. (2005). Self-Efficacy: A Predictor for Smoking Cessation Contemplators in Kuwaiti Adults. *International journal of behavioral medicine*, 12(4), 273-277.
- Cooper, S. I. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman.
- Dolana, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcome. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy: Though control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Kealey, K. A., Ludman, E. J., Mark, P. M., Mann, S. L., Bricker, J. B., Peterson, A. V. (2009). Design and implementation of an effective telephone counseling intervention for adolescent smoking cessation. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(20), 1393-1405.



- Knight, M. T. D., Wykes, T., Hayward, P. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia: A Waiting List Trial of Efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3),305-318.
- Manus, F .M., Waite, P., Shafran, R. (2009). Cognitive-Behavior Therapy for Low Self-Esteem: A Case Example. *Cognitive and behavioral practice*, 16(3),266-275.
- Pope, W. Alise, & Machale, M.S. & Edward, W. (1989). *Selfesteem enhance nantwith children and adolescent*. New York, Pergamon press.
- Oestrich, I. H., Austin, S. F., Lykke, J., & Tarrier, N. (2007). The Feasibility of Cognitive Behavioural Intervention for Low Self-Esteem Within a Dual Diagnosis Inpatient Population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*,35(4), 403-408.
- Silverstone, P .H., Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(2),285-306.
- Spearman, G. (1999). *Why people need self esteem*. New York. Me Graw press.
- Taylor, T. L., Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescent? A systematic review. *Journal of Children and Youth Services Review*, 29(7) 823-839.
- Blake, T. R., Rust, J. O. (2002). Self-esteem and self-efficacy of college student with disabilities. *College Student Journal*,36(2),34-42