

Cognitive Behavioral Treatment on Self-Esteem and Emotional Self-Efficacy of Female Students with Failure in Love

Rahimi Ch¹, *Jamalabadi P², Sedaghat Pour Haghighi MM²

Author Address

1. Professor of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran;

2. MSc in Children and Adolescents Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran.

*Corresponding Author Email: Coolgal2_2469@yahoo.com

Received: 2019 May 30; Accepted: 2019 Jun 25

Abstract

Background & Objectives: Entrance to university is associated with novel experiences, like communication with the purpose of new experiences, e.g., a relationship with the opposite gender. Moreover, being distanced from the family increases the occurrence of emotional needs and the probability of being involved in romantic relationships. During this period, the occurrence of the phenomenon called love, i.e., among the signs of dependence in any person is predictable. However, it is not the case for every amorous relationship to be successful, and those who experience romantic failure present various signs. For the first time, the signs of love shock include a set of severe signs, which occur, with the unsettlement of romantic relationships, and a decrease in self-esteem and emotional self-efficacy. To treat mental problems, which occur in individuals following failure in love, in addition to pharmacotherapy, there are various psychological treatments; among which is the cognitive-behavioural Treatment (CBT). Research about the effectiveness of CBT on outcomes caused by love failure is scarce. Furthermore, there is a high prevalence of romantic failure among the students, i.e., associated with undesirable outcomes (academic failure, self-esteem decrease, self-efficacy decrease, & even committing suicide), and damaged elegance in girls following these matters. Therefore, the present research aimed to explore effects of CBT on the self-esteem and self-efficacy of female students who had experienced love failure.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. Ross's Love Shock (1999), Rosenberg's Self-Esteem (1965), and Kirk et al.'s Emotion (2008) questionnaires were applied for data collection. Then, the test group subjects were weekly involved in CBT for eight 2-hour sessions; however, the control group received no intervention. The above-mentioned questionnaires were completed in 2 stages; after the end of the CBT course, and three months after the last treatment session. To determine the normal distribution of the collected data Shapiro-Wilk test was implemented. Moreover, for analyzing the research findings, the Independent Samples t-test and repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) were applied using SPSS at a significance level of 0.05.

Results: The Shapiro-Wilk test data confirmed the normal distribution of data. The repeated-measures ANOVA data revealed that after the omission of the pretest effect on the dependent variables of self-esteem and emotional self-efficacy, there were significant differences in the self-esteem ($p < 0.001$) and emotional self-efficacy ($p < 0.001$) between the test and control groups.

Conclusion: According to this research, 8 sessions of CBT could increase self-esteem and emotional self-efficacy in females having love failure experiences. The main effective factor of CBT in the improvement of self-esteem and self-efficacy was the cognitive aspect of the treatment; it leads to a more effective cognition of behavioural and emotional variations in individuals. Besides, CBT could cause emotional and behavioural varieties in individuals. CBT could also improve self-esteem and emotional self-efficacy in those with emotional failure experience. This goal is achieved through the adjustment of ineffective cognitive characteristics, such as automatic thoughts, mediating beliefs, and fundamental beliefs, which cause deficiencies in self-esteem and self-efficacy. Therefore, CBT could improve happiness, the feeling of inner satisfaction, mental well-being, and life quality of those with the experience of romantic failure.

Keywords: Cognitive-behavioural treatment, Self-Esteem, Emotional self-efficacy, Love failure, Girl students.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس و خودکارآمدی عاطفی دانشجویان دختر دارای سابقه شکست عاطفی

چنگیز رحیمی^۱، * پریسا جمال آبادی^۲، محمدمهدی صداقت پور حقیقی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. استاد بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران؛
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودکان و نوجوانان، دانشگاه علم و هنر بزد، بزد، ایران.
* رابانامه نویسنده مسئول: Coolgal2_2469@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹ خرداد ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۴ تیر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: نشانگان ضربه عشق شامل مجموعه نشانه‌ها و علائم شدیدی بوده که با برهم خوردن رابطه عاشقانه ظهور می‌کند و کاهش عزت نفس و خودکارآمدی از جمله این نشانه‌ها است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس و خودکارآمدی عاطفی دانشجویان دختر با سابقه شکست عاطفی بود.
روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. به منظور اجرای پژوهش، از پرسشنامه‌های عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) و خودکارآمدی عاطفی کرک و همکاران (۲۰۰۸) استفاده شد. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت هشت جلسه دوساعته به صورت هفتگی تحت مداخله درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند؛ ولی گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه‌های مذکور در مرحله پیش‌آزمون و در مرحله بعد از اتمام دوره درمان شناختی رفتاری و سه ماه بعد از آخرین جلسه درمانی تکمیل شدند. برای تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق از آزمون تی مستقل و آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.
یافته‌ها: نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر در پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، درمان شناختی رفتاری موجب افزایش معنادار عزت نفس ($p < 0/001$) و خودکارآمدی عاطفی ($p < 0/001$) دانشجویان دختر با سابقه شکست عاطفی می‌شود.
نتیجه‌گیری: به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری برای بهبود عزت نفس و خودکارآمدی عاطفی دختران با سابقه شکست عاطفی توصیه‌شدنی است و می‌توان از این درمان جهت بهبود کیفیت زندگی و امید به آینده در این افراد استفاده کرد.
کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، عزت نفس، خودکارآمدی عاطفی، شکست عاطفی، دانشجویان دختر.

با ورود به دانشگاه دوره‌ای بسیار حساس در زندگی هر شخص شروع می‌شود و در بیشتر مواقع دانشگاه نقطه آغاز تغییرات عمده در زندگی فرد خصوصاً روابط اجتماعی و انسانی است (۱). ورود به دانشگاه به منزله تجربه‌های جدیدی اعم از ارتباط با جنس مخالف است و دوری از خانواده موجب بروز نیازهای عاطفی شده و احتمال درگیر شدن در روابط عاطفی را افزایش می‌دهد (۲). در این وهله بروز پدیده عشق دور از انتظار نیست. عشق، یکی از علائم تعلق در هر فرد بوده و به گفته مازلو از نیازهای اصلی انسان است و این نیاز باید ارضا شود تا فرد بتواند به صورت غیرخودخواهانه رفتار کند (۳)؛ اما در واقعیت، هر رابطه عاشقانه‌ای موفق نیست و افرادی که شکست عاطفی را تجربه می‌کنند علائم گوناگونی را از خود بروز می‌دهند (۳). در همین رابطه پارکس، در پژوهش خود گزارش کرد که شکست عاطفی در دوران جوانی یکی از بزرگترین ضربه‌هایی است که می‌تواند برای هر فردی روی دهد (۴). راس، برای نخستین بار نشانگان ضربه عشق را بیان کرد (۵). نشانگان ضربه عشق شامل مجموعه نشانه‌ها و علائم شدیدی است که با برهم خوردن رابطه عاشقانه ظهور می‌کند و این وضعیت منجر به بروز اختلال در عملکرد شخص در بسیاری از حوزه‌ها همچون تحصیلی، اجتماعی، شغلی و در انتها موجب بروز واکنش‌های ناسازگار می‌شود (۵). انحلال در رابطه‌ای عاطفی، تجربه‌ای ناخوشایند است که موجبات افت تحصیلی، افسردگی و خشم، بی‌حوصلگی و خستگی، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، افت تمرکز، علائم جسمانی مانند سردرد و بی‌نظمی خواب و همچنین کاهش عزت‌نفس و خودکارآمدی را در فرد ایجاد می‌کند (۶).

برای درمان مشکلات روان‌شناختی که متعاقب شکست عاطفی در فرد ایجاد می‌شود، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی وجود دارد که یکی از این درمان‌ها، درمان شناختی رفتاری^۲ (CBT) است. درمان شناختی رفتاری در دهه ۱۹۷۰ توسط کابات‌زین^۳ پس از تأسیس کلینیک کاهش استرس در مرکز پزشکی ماساچوست در اثر تلفیق رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی معرفی شد و تاکنون یافته‌های بیشتر مبتنی بر شواهد تجربی را در حوزه روان‌درمانی دارد (۷). درمان شناختی رفتاری به درمان‌جو کمک می‌کند تا الگوهای تعریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص داده و برای رفع آن از تکالیف رفتاری سازمان‌یافته استفاده کند. این درمان در بررسی خود بر عاطفه و شناخت و رفتار تأکید دارد (۸). درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر حل مسئله مسئولیت حل مشکلات خاصی را بر عهده می‌گیرد و تلاش می‌کند با کمک به فرد در انتخاب راه‌کار مناسب برای حل مشکل قدم بردارد (۷). در همین راستا هاوتون در پژوهش خود گزارش کرد که درمان شناختی رفتاری در مفهوم کامل‌تر خود دربرگیرنده ترکیبی از راه‌کارهای شناختی رفتاری است (۹). این راه‌کارها شامل شیوه‌های مداخله درمانی بوده که توسط پژوهشگرانی همچون لوینسون^۴، روم^۵، آبراهامسون^۶ و سلینگمن^۷ استفاده شد (به نقل از ۱۰). همچنین اکبری

و همکاران نشان دادند، درمان شناختی رفتاری در بهبود علائم مرضی شکست عاطفی و سلامت روان دانشجویان مؤثر واقع شده است (۱۱).

باتوجه به کمبود پژوهش در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عواقب ناشی از شکست عاطفی و همچنین شیوع فراوان شکست عاطفی در بین دانشجویان و پیامدهای ناخوشایند آن (مثلاً افت تحصیلی، کاهش عزت‌نفس، کاهش خودکارآمدی و حتی اقدام به خودکشی) و ظریف‌بودن احساسات دخترانه در برابر این مسائل پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی یک دوره درمان شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و خودکارآمدی دانشجویان دختر با سابقه شکست عاطفی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری تمامی دانشجویان دختر دانشگاه شیراز بودند که در سال ۱۳۹۷ به مرکز مشاوره دانشگاه شیراز مراجعه کردند. برای انتخاب نمونه پژوهش حاضر، از شیوه نمونه‌گیری هدف‌مند و دردسترس استفاده شد؛ به این صورت که برای انتخاب نمونه، از دانشجویان دارای سابقه شکست عاطفی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه شیراز که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، استفاده شد. سپس از بین این افراد تعداد سی آزمودنی واجد شرایط و دارای رضایت به شرکت در مطالعه، به‌عنوان نمونه انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (پانزده نفر) و گواه (پانزده نفر) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به مداخله عبارت بود از: دانشجویان دختر دانشگاه شیراز با دامنه سنی ۱۸ تا ۲۸ سال؛ دارای سابقه شکست عاطفی و طول‌کشیدن رابطه عاطفی حداقل به مدت شش ماه و گذشتن سه ماه از خاتمه رابطه؛ کسب نمره بین ۲۰ تا ۳۰ در پرسشنامه ضربه عشق؛ نبود درمان روان‌شناختی دیگر درموقع شروع به درمان شناختی رفتاری؛ مصرف‌نکردن داروی خاص روان‌شناختی اثرگذار در نتایج پژوهش؛ شرکت‌نکردن در درمان‌های روان‌پزشکی دیگر حداقل در سی روز قبل از شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از مداخله شامل تکمیل نکردن یک یا چند سؤال از پرسشنامه و شرکت‌نکردن در کلاس‌های درمان شناختی رفتاری حتی یک‌جلسه و بروز بیماری شدید جسمی یا روان‌پزشکی دیگر بود. همچنین مسائل اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش عبارت بود از دریافت رضایت‌نامه اختیاری و آگاهانه از دانشجویان و اجازه‌داشتن دانشجویان جهت خودداری از ادامه شرکت در برنامه در هر موقع که توانایی ادامه در برنامه مداخله را نداشتند؛ همچنین اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها به صورت کاملاً محرمانه حفظ شد. ابزار زیر در پژوهش حاضر به‌کار رفت.

– پرسشنامه ضربه عشق^۸ (LTI): این پرسشنامه توسط راس در سال ۱۹۹۹ تهیه شد. ده سؤال چهارگزینه‌ای دارد و نقطه برش آن بیست

5. Rom
6. Abrahamson
7. Seligman
8. Love Trauma Syndrome

1. Love Trauma Syndrome
2. Cognitive Behavioral Therapy
3. Kabat-Zinn
4. Levinson

است. پرسشنامه میزان آشنفگی جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری به این صورت است که هر سؤال از ۰ تا ۳ نمره می‌گیرد و فقط سؤالات ۱ و ۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بعد از امتیازدهی به سؤالات، جمع نمرات به‌عنوان وضعیت از نشانگان ضربه عشق در نظر گرفته می‌شود (۵). پایایی پرسشنامه در پژوهش اصلی توسط راس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۸۳ به دست آمد (۵). در پژوهش دهقانی و همکاران، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دانشجویان ۰/۸۱ و ضریب اعتبار آن با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ بود (۱۲). پایایی و روایی ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) در پژوهش اکبری و همکاران، ۰/۸۱ محاسبه شد (۱۱). همچنین در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ^۱ (۱۹۶۵): این پرسشنامه شامل ده سؤال است که توسط روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ طراحی شد. به هر سؤال آن براساس مقیاس چهارگزینه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) نمره داده می‌شود. روزنبرگ بازپیداوری مقیاس را ۰/۹ و مقیاس‌پذیری آن را ۰/۷ گزارش کرد (۱۳). ضرایب آلفای کرونباخ در این پرسشنامه در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان و در نوبت دوم، ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان به دست آمد (۱۴). محمدی و سجادی‌نژاد، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را بر دانشجویان دانشگاه شیراز ۰/۷۸ گزارش کردند (۱۵). همچنین در

پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد. همکاران (۲۰۰۸): این مقیاس توسط کرک و همکارانش در سال ۲۰۰۸ و براساس مقیاس هوش عاطفی میر و کارسو و سالووی (۲۰۰۰) تهیه شد (۱۶). پرسشنامه شامل ۳۲ ماده است که براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از هیچ (صفر) تا پنج (بسیار) نمره‌گذاری می‌شود (۱۷). کرک و همکارانش، ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۵ به دست آوردند (۱۷). خدایاری‌فرد و همکاران نیز اعتبار بازآزمایی این مقیاس را با فاصله دو هفته ۰/۸۱ و همسانی درونی مقیاس را برحسب آلفای کرونباخ در کل نمونه ۰/۷۹ محاسبه کردند (۱۸). همچنین در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد.

جدول ۱. برنامه مداخله درمان شناختی رفتاری

محتوای جلسات	
جلسه اول	آشنایی و بیان مقدمه‌ای از درمان شناختی رفتاری، بیان انتظارات در طول درمان، صحبت مراجع درباره هدف رابطه عاشقانه، توضیح در زمینه مدل ABC و همچنین بیان ارزش‌ها و باورهای مراجع، تکلیف خانگی.
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی افکار و به‌چالش کشیدن مراجع با افکار خود، معرفی چهار سبک توأم با خطا (افکار خودآیند منفی، باورهای اصلی منفی، مثلث شناختی، خطای منطقی)، تکلیف خانگی.
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی و تغییر باورهای میانجی (توضیح فرضیات و راهبردهای مقابله‌ای)، توضیح ارتباط افکار، باورها و رفتارها، آرامش‌دهی به خود و قطع ارتباط با خاطرات فرد مورد علاقه، تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، فعال‌کردن مراجع، تمرکز بر باورهای بنیادین و جایگزین‌کردن افکار قدیمی با باورهای کارآمدتر، ارزیابی نگرانی‌ها و احساسات منفی، تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش روش‌های آرام‌سازی و بحث در زمینه روش‌های تنبیه خود و خودپاداش‌دهی، پردازش اطلاعات مربوط به مراجع (تغییر در مقایسه خود، یادگیری خودگویی مثبت) و خطاهای منطقی، تکلیف خانگی.
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بحث درباره موضوع ازدواج، شناخت ویژگی‌های فردی و آموزش مهارت‌های ارتباطی با دیگران، تمرین تغییر رفتار و تقویت افکار مثبت، آموزش حل مسئله، تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، پردازش هیجانی، القای تصویر ذهنی خوب و مقابله با تصویر ذهنی ناکارآمد، بحث روی نقاط قوت آزمودنی، تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور کلی جلسات پیشین، پاسخ‌گویی به سؤالات و دغدغه‌های مراجع درباره خاتمه درمان و صحبت برای پیشگیری از عود روانی.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند. در توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار (در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) استفاده شد. در بخش آمار استنباطی برای تعیین طبیعی بودن داده‌ها، آزمون شاپیرو-ویلک به کار رفت؛ همچنین از آزمون تی مستقل و آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح معناداری ۰/۰۵

¹ Rosenberg

استفاده شد.

معذور انا بزرگتر از ۰/۳۶ باشد، اندازه اثر قوی است (۱۹).

معذور انا یا اندازه اثر در آزمون تحلیل واریانس به مفهوم نسبت واریانس در یک‌هدف به واریانس کل در آزمون تحلیل واریانس است. این نسبت اگر کمتر از ۰/۰۴ باشد، اندازه اثر از نظر آماری معنادار ولی ضعیف بوده و اگر بین ۰/۰۴ تا ۰/۳۶ باشد اندازه اثر متوسط و اگر

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه نشان داده شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه

گروه	سن (سال)		مدت رابطه (ماه)		مدت خاتمه رابطه (ماه)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش (پانزده نفر)	۲۴/۲۵	۵/۳	۱۲/۲	۳/۵	۵/۸	۲/۶
گواه (پانزده نفر)	۲۵/۲۰	۴/۵	۹/۹	۵/۸	۶/۳	۳/۰
مقدار احتمال	۰/۸۹۴		۰/۰۶۷		۰/۳۲۱	

برای تعیین طبیعی بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر تأیید طبیعی بودن توزیع داده‌ها بوده است.

یافته‌ها طبق جدول ۲ و با استفاده از آزمون تی مستقل که بین دو گروه آزمایش و گواه انجام شد، حاکی از همسان بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای سن و مدت رابطه و مدت خاتمه رابطه در دو گروه آزمایش و گواه بوده است و تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی عاطفی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	مرحله گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	مقدار F	مقدار p	معذور انا	توان آماری
		میانگین	SD	میانگین	SD					
عزت‌نفس	آزمایش	۱۴/۰۲	۶/۲۲	۲۱/۳۶	۵/۴۳	۲۲/۵۲	۱۲۵/۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۱	۱
	گواه	۱۵/۳۱	۶/۴۶	۱۴/۴۲	۶/۲۳	۱۴/۱۲	۵/۸۵			
خودکارآمدی عاطفی	آزمایش	۸۳/۱	۳۴/۶۵	۱۲۹/۶	۴۷/۵۳	۱۳۸/۳	۴۷/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۷۵	۱
	گواه	۸۵/۱	۲۵/۹۹	۸۱/۲	۲۶/۳۲	۸۶/۲	۲۹/۲۵			

شناختی رفتاری عزت‌نفس نوجوانان را بهبود می‌بخشد (۲۰)؛ مورتون و همکاران در پژوهش خود گزارش کردند، گروه درمانی شناختی رفتاری در زنان دارای عزت‌نفس ضعیف موجب بهبود عزت‌نفس می‌شود (۲۱)؛ چن و همکاران در ارزیابی اثر درمان شناختی رفتاری در عزت‌نفس نوجوانان افسرده ابراز داشتند که درمان مذکور سبب بهبود عزت‌نفس این نوجوانان می‌شود (۲۲)؛ ویت و همکاران بیان کردند که اثر درمان شناختی رفتاری بر بهبود عزت‌نفس در مراقبت‌های اولیه معنادار است (۲۳). برای تبیین این یافته‌ها می‌توان چند علت را بیان کرد؛ عامل مهم‌تر تأثیرگذار درمان شناختی رفتاری بر بهبود عزت‌نفس، عامل شناختی این درمان است که سبب شناخت بهتر تغییرهای رفتاری و هیجانی در فرد می‌شود. این درمان به‌وسیله اصلاح و تغییر عوامل شناختی ناکارآمد مثل افکار خودآیند و باورهای واسطه‌ای و باورهای بنیادین که موجب کاهش عزت‌نفس زنان با سابقه شکست عاطفی شده، می‌تواند سبب تغییرات هیجانی و رفتاری در فرد شود و عزت‌نفس را در این افراد بهبود بخشد (۲۰). همچنین درمان شناختی رفتاری با بهبود مسائل شناختی در فرد بیمار (توجیه روابط گذشته در زندگی، آموزش تن‌آرامی و برخورد با واقعیت و در انتها امید به آینده و روابط پیش‌رو) منجر به کاهش استرس و اضطراب در فرد

نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد، هشت جلسه هیپنوتراپی شناختی رفتاری موجب افزایش معنادار عزت‌نفس ($p < 0/001$) و خودکارآمدی عاطفی ($p < 0/001$) دانشجویان دارای سابقه شکست عاطفی می‌شود (جدول ۳). در پژوهش حاضر معذور انا در هر دو متغیر عزت‌نفس و خودکارآمدی عاطفی بین ۰/۰۴ تا ۰/۳۶ بوده و این به‌معنای معناداری و متوسط بودن اندازه اثر هیپنوتراپی شناختی رفتاری است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و خودکارآمدی عاطفی دانشجویان با سابقه شکست عاطفی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، درمان شناختی رفتاری موجب افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی عاطفی دانشجویان دختر با سابقه شکست عاطفی شده است.

در ارتباط با یافته‌ها مبنی بر تأثیر معنادار هشت جلسه درمان شناختی رفتاری بر افزایش عزت‌نفس دانشجویان با سابقه شکست عاطفی، مطالعه حاضر با چندین پژوهش همسوست. برخی از آن‌ها به‌شرح ذیل است: پژوهش بادله و همکاران نشان داد، درمان

می‌شود و با افزایش سطح سلامت روانی می‌تواند موجبات بهبود عزت‌نفس را در این افراد فراهم سازد. از طرفی این درمان با آموزش اصلاح خطاهای ادراکی و غیرمنطقی گذشته می‌تواند سازگاری با محیط و احساس رضایت از زندگی خود را بهبود بخشد.

در ارتباط با یافته‌ها مبنی بر تأثیر معنادار هشت جلسه درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش خودکارآمدی عاطفی دانشجویان با سابقه شکست عاطفی، مطالعه حاضر با چندین پژوهش همسوست که عبارتند از: حیدریان و همکاران، درمان شناختی‌رفتاری را بر افزایش خودکارآمدی دانشجویان دختر معنادار گزارش کردند (۲۴)؛ عیسی‌زادگان و همکاران، در پژوهشی با بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش خودکارآمدی مردان با سوء مصرف مواد عنوان داشتند این درمان موجب افزایش خودکارآمدی مردان با سوء مصرف موادمخدر می‌شود (۲۵). برای تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان به نظریه بندورا رجوع نمود. او بیان کرد افراد با اضطراب اجتماعی شدید احساس می‌کنند توانایی لازم را برای ارتباطات بین فردی در جامعه ندارند. این رفتار موجب بروز اضطراب بیشتر و تداوم اضطراب در آن‌ها شده و متعاقب آن خودکارآمدی در فرد ضعیف می‌شود (۲۴)؛ چون افرادی که دچار شکست عاطفی شده‌اند دارای اضطراب شدیدی هستند (۱۱) وجود خودکارآمدی عاطفی ضعیف در آن‌ها دور از انتظار نیست. بندورا برای افزایش خودکارآمدی این افراد، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای افزایش اعتماد به نفس و به خصوص روش‌های مبتنی بر ایفای نقش در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زا و آموزش مقابله با این موقعیت‌ها را توصیه کرده است؛ با توجه به اینکه درمان شناختی‌رفتاری، فنون آرام‌سازی و روش‌های مقابله فرد را با موقعیت‌های اضطراب‌زا به او آموزش می‌دهد، می‌تواند در زمینه بهبود خودکارآمدی مفید واقع شود. از طرفی درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد و حذف آن‌ها و جایگزین کردن این افکار با افکار مثبت و کارآمد موجب بهبود خودکارآمدی در افراد با سابقه شکست عاطفی و دارای افکار پریشان و ناکارآمد شود.

همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از ماندگاری تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر عزت‌نفس و خودکارآمدی دانشجویان با سابقه شکست عاطفی در دوره سه ماهه پس از اتمام درمان بوده و این یافته با پژوهش‌های حیدریان و همکاران (۲۴) و بیدل و همکاران (۲۶) همسوست. استمرار یافته‌ها متعاقب درمان شناختی‌رفتاری نشان‌دهنده تأثیر عمیق این درمان بر رفتار با افزایش اعتماد به نفس، اصلاح فرض‌های زیربنایی، باورهای هسته‌ای و طرحواره‌های اولیه (علاوه بر حذف افکار ناکارآمد) است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بود از: ۱. پژوهش حاضر بر روی دانشجویان دختر با سابقه شکست عاطفی با محدوده سنی ۱۸ تا ۲۸ سال انجام شد و تعمیم‌پذیر برای سایر افراد جامعه نیست؛ ۲. امکان نبود صداقت و راست‌گویی مراجعان به پرسشنامه شکست عاطفی به دلیل جلوگیری از سرخوردگی در دانشجویان وجود داشت.

لذا با توجه به تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی این افراد می‌توان در پژوهش‌های آتی در سایر زمینه‌های روان‌شناختی در افراد با سابقه شکست عاطفی مثل افسردگی، سلامت روان، کیفیت خواب و کیفیت زندگی بهره برد. پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در کلینیک‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای در میان افراد عادی و نیز در دانشجویان استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، هشت جلسه درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند سبب افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی عاطفی زنان با سابقه شکست عاطفی شود؛ لذا درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند موجب افزایش شادکامی، احساس رضایت درونی، بهبود بهزیستی روانی و بهبود کیفیت زندگی افراد با سابقه شکست عاطفی گردد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی آزمودنی‌هایی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تقدیر و تشکر فراوان می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: تمامی آزمودنی‌ها به صورت کتبی اطلاعات مورد نیاز در مورد پژوهش و نحوه اجرای پژوهش را دریافت نمودند و با رضایت در این پژوهش شرکت کردند؛ این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که تمامی اطلاعات به صورت محرمانه نزد پژوهشگر خواهد ماند و تنها برای امور پژوهشی از این اطلاعات استفاده خواهد شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی آزمودنی‌ها ثبت نشد؛ همچنین پس از اتمام پژوهش، برای آزمودنی‌های گروه گواه مداخله مؤثرتر اجرا گردید.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تضاد منافی در چاپ و انتشار مقاله ندارند.

References

1. Konrath SH, Chopik WJ, Hsing CK, O'Brien E. Changes in adult attachment styles in American college students over time: a meta-analysis. *Pers Soc Psychol Rev*. 2014;18(4):326-48. doi: [10.1177/1088868314530516](https://doi.org/10.1177/1088868314530516)
2. Lotfi N, Saadati Shamir A. The relationship between personality characteristics and attachment styles and emotional breakdown. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2016;6(1): 98-112. [Persian] doi: [10.22067/ijap.v6i1.55922](https://doi.org/10.22067/ijap.v6i1.55922)
3. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological review*. 1943 Jul;50(4):370.
4. Parkes CM. *Love and loss: the roots of grief and its complications*. First ed. Routledge. Taylor & Francis Group. London and New York; 2006. pp: 10-430.

5. Rosse RB. *The Love Trauma Syndrome: Free Yourself from The Pain Of A Broken Heart*. Da Capo Lifelong Books; 1999, pp:9–320.
6. Davis D, Shaver PR, Vernon ML. Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: the roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Pers Soc Psychol Bull*. 2003;29(7):871–84. doi: [10.1177/0146167203029007006](https://doi.org/10.1177/0146167203029007006)
7. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003;10(2):144–56. doi: [10.1093/clipsy.bpg016](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016)
8. Hofmann SG, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):621–32.
9. Hawton K. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A practical guide*. New York: Oxford University Press; 1989, pp:401–7.
10. Ghorbanshiroudi S, Poursedighi Z. The comparison of mental health among remarried shahed spouses and non-remarried Shahed spouses and determining the effectiveness of cognitive behavioral therapy on their mental Health Components. *Journal of Educational Psychology*. 2011;2(1):37–51. [Persian] http://psyedu.toniau.ac.ir/article_553056_2e2d9b95de4b8fb22fd2e7860f09339d.pdf
11. Akbari E, Khanjani Z, Poursharifi H, Mahmoud-Alilou M, Azimi Z. comparative efficacy of transactional analysis versus cognitive behavioral therapy for pathological symptoms of emotional breakdown in students. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;4(3):87–101. [Persian] doi: [10.22075/jcp.2017.2100](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2100)
12. Dehghani M, Atef-Vahid MK, Gharae B. efficacy of short-term anxiety-regulating psychotherapy on love trauma syndrome. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2011;5(2):18–25.
13. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: University Press. doi: [10.1126/science.148.3671.804](https://doi.org/10.1126/science.148.3671.804)
14. Mäkikangas A, Kinnunen U, Feldt T. Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *Journal of Research in Personality*. 2004;38(6):556–75. doi: [0.1016/j.jrp.2004.02.001](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.02.001)
15. Mohammadi N, Sajadinejad MS. The Evaluation of psychometric properties of Body Image Concern Inventory and examination of a model about the relationship between body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Psychological Studies*. 2007;3(1):85–101. [Persian] doi: [10.22051/psy.2007.1650](https://doi.org/10.22051/psy.2007.1650)
16. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Selecting a Measure of Emotional Intelligence: The Case for Ability Scales. In: *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass; 2000. pp: 320–42.
17. Kirk BA, Schutte NS, Hine DW. Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale. *Personality and Individual Differences*. 2008;45(5):432–6. doi: [10.1016/j.paid.2008.06.010](https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.06.010)
18. Khodayarifard M, Manzari Tavakol V, Farahani H. Reliability and validity of Persian version of emotional self-efficacy scale. *Journal of Psychology*. 2012;16: 70–83. [Persian]
19. Levine TR, Hullett CR. Eta Squared, Partial Eta Squared, and Misreporting of effect size in communication research. *Human Comm Res*. 2002;28(4):612–25. doi: [10.1111/j.1468-2958.2002.tb00828.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2002.tb00828.x)
20. Badeleh M, Fathi M, Aghamohammadian Sharbaf HR, Taghi Badeleh M, Ostadi N. Compare the effect of group cognitive behavioral hypnotherapy and group cognitive behavioral therapy on increasing the self-esteem of adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013;15(59):194–204. [Persian] doi: [10.22038/jfmh.2013.1833](https://doi.org/10.22038/jfmh.2013.1833)
21. Morton L, Roach L, Reid H, Stewart SH. An evaluation of a CBT group for women with low self-esteem. *Behav Cogn Psychother*. 2012;40(2):221–5. doi: [10.1017/S1352465811000294](https://doi.org/10.1017/S1352465811000294)
22. Chen T-H, Lu R-B, Chang A-J, Chu D-M, Chou K-R. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006;20(1):3–11. doi: [10.1016/j.apnu.2005.08.005](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.08.005)
23. Waite P, McManus F, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: a preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(4):1049–57. doi: [10.1016/j.jbtep.2012.04.006](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.04.006)
24. Heidarian Fard Z, Bakhsipour B, Faramarzi M. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on social anxiety, social self-efficacy and rumination. *Clinical Psychology Studies*. 2016;6(21):152–72. [Persian] doi: [10.22054/jcps.2016.2388](https://doi.org/10.22054/jcps.2016.2388)
25. Issazadegan A, Sheikhi S, Hafeznia M, Kargari B. The effectiveness of cognitive behavior therapy and pharmacological intervention in enhancing self-efficacy and on improving the quality of life of men with substance use. *Studies in Medical Sciences The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2015;26(1):74–80. [Persian] <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2723-en.pdf>
26. Beidel DC, Turner SM, Young BJ. Social effectiveness therapy for children: five years later. *Behav Ther*. 2006;37(4):416–25. doi: [10.1016/j.beth.2006.06.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.06.002)