

تأثیر مشاوره گروهی با روش درمان عقلانی-عاطفی- رفتاری بر سلامت عمومی و عزت نفس دانش آموزان

دکتر غلامرضا رجبی* و ملک حسین خدایی

چکیده: پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با تأکید بر روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، بر سلامت عمومی و عزت نفس دانش آموزان دختر سال اول متوسطه شهرستان ایلام انجام شد. ۳۰۰ دانش آموز دختر از میان دانش آموزان دختر سال اول متوسطه شهر ایلام به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های عزت نفس کوپر اسمیت و سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. از بین این افراد ۴۰ دانش آموز بر اساس نقطه برش در دو پرسشنامه فوق، به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری ایس بر روی گروه آزمایش در ۱۲ جلسه اجرا شد. نتایج نشان داد که آموزش مشاوره گروهی، باعث افزایش سلامت عمومی و عزت نفس کلی دانش آموزان دختر در گروه آزمایش شده است.

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی، روش عقلانی-عاطفی-رفتاری، سلامت عمومی، عزت نفس، روان درمانی، ایس، نوجوانان دختر.

مقدمه

در دوره کودکی تفاوت ناچیزی در نسبت افسردگی در پسران و دختران دیده می‌شود، اما با شروع نوجوانی در سنین ۱۱ و ۱۳ سالگی میزان افسردگی در دختران افزایش می‌یابد و تا سن ۱۵ سالگی دختران نسبت به پسران دو برابر بیشتر احتمال دارد که دوره های افسردگی عمده را تجربه نمایند (سیرانوسکی، فرانک، یانگ و شیر^۱، ۲۰۰۰).

* دکتری تخصصی روانشناسی، استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز، پست الکترونیکی: rajabireza@scu.ac.ir

r_rajabi@yahoo.com

¹ Cyranowski, Frank Young & Shear

به عبارت دیگر، وقتی نقش‌ها و انتظارات نوجوانان به طور نمایشی تغییر می‌یابد احتمال اینکه آن‌ها در این دوران افسرده شوند نیز افزایش می‌یابد.

افسردگی بالینی یک بیماری جدی است که می‌تواند بر هر فرد از جمله نوجوانان تأثیر گذارد. افسردگی بر تفکرات، احساسات، رفتار و سلامتی انسان تأثیرگذار است. مطالعات نشان می‌دهد که از هر صد کودک یک نفر به مشکلات روانی، رفتاری و هیجانی مبتلا است و از هر ده نفر نوجوان یک نفر ممکن است ناراحتی هیجانی جدی داشته باشد. در میان نوجوانان، از هر ۸ نفر یک نفر ممکن است از افسردگی رنج ببرد که معمولاً نشانه‌های آن از ۱۴ تا ۱۸ سالگی ظاهر می‌شوند. همچنین برآورد شده ۲۰ تا ۴۰ درصد کودکانی که تشخیص افسردگی در مورد آن‌ها داده شده، بعد از ۵ سال از آغاز بیماری‌شان به اختلال دو قطبی مبتلا می‌شوند (لوینسون^۱، ۱۹۹۸، برگرفته از سیرانوسکی و همکاران، ۲۰۰۰).

افسردگی در دوره نوجوانی با خلق گرفته مقاوم، خشم، احساسات ناامیدی و بی‌ارزشی، واکنش شدید به انتقاد، بی‌قراری، بی‌خوابی یا افزایش خواب، بی‌تصمیمی، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی، مردودی یا ترک تحصیل و غیره توأم است. در حقیقت، اگر افسردگی در این دوره سنی درمان نشود، می‌تواند به سوء مصرف مواد اعتیادزا و رفتارهای خودکشی (بیرماهر، برینت و و بنسون^۲، ۱۹۹۴، به نقل از رجبی، ۱۳۸۶)، فشار روانی و سیگار کشیدن (رایان، پیوک-انتیج و همکاران^۳، ۱۹۸۷)، از دست دادن والدین یا فرد مورد علاقه (لوینسون، رودی و سلی^۴، ۱۹۹۸)، شکست در روابط عشقی (مونرو و همکاران^۵، ۱۹۹۴) و سوء مصرف دارو یا نادیده گرفتن (براون، کوهن، جانسون و همکاران^۶، ۱۹۹۹) منجر شود.

در دوره نوجوانی فشارهای مختلف از جمله شکل‌گیری هویت، ظاهر شدن علاقه جنسی، جدا شدن از والدین و شروع تصمیم‌گیری برای اولین بار، همراه با دیگر تغییرات فیزیکی، شناختی و هورمونی می‌توانند منجر به افسردگی شوند. این فشارها عموماً برای دختران و پسران متفاوت هستند و ممکن است با افسردگی در دختران

¹ Lewinshon

² Birmaher, Brent & Benson

³ Rayan, Puig-Antich, et al

⁴ Lewinshon, Rode & Seeley

⁵ Monroe, et al

⁶ Brown, Cohen & Jansson, et al

بیشتر هم‌بسته باشند. برخی از مطالعات نشان می‌دهند که دانش آموزان دختر دبیرستانی نسبت به دانش آموزان پسر به طور معناداری میزان بالاتری از اختلال‌های افسردگی، اضطراب، خوردن و سازگاری را نشان دادند (به طور مثال: تونینک و نولن-هیکسما^۱، ۲۰۰۲؛ تاکاچی، روبرتس و سوزوکی^۲، ۱۹۹۴؛ نجاریان، ۱۳۷۳ برگرفته از رجیبی، ۱۳۸۶)، اما رجیبی (۱۳۸۶) مشاهده کرد که دانش آموزان نوجوان دختر و پسر از لحاظ میزان افسردگی با یکدیگر تفاوتی ندارند.

سازه شخصیتی دیگر که نقش مثبت و سازنده‌ای در دوره نوجوانی دارد، عزت نفس^۳ است. عزت نفس عموماً یک مؤلفه ارزیابی‌کننده از خودپنداره^۴ و معرف گستره‌ای گستره‌ای از خود است که شامل جنبه‌های شناختی، رفتاری و عاطفی است. در حالی که این سازه اغلب برای اشاره به مفهوم کلی ارزش شخصی استفاده می‌شود، مفاهیم دیگری مانند اعتماد به خود تلویحاً به عنوان یک مفهوم عزت نفس در بیشتر حیطه‌های خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین، به طور وسیع فرض می‌شود که عزت نفس به عنوان یک صفت عمل می‌کند. یعنی، عزت نفس در طول زمان در افراد ثابت است. با این وجود، این اصطلاح یک سازه رایج است که در حیطه‌های مختلف روان‌شناسی منجمله شخصیت (خجالتی بودن)، رفتاری (عملکرد تکلیف)، شناختی (سوگیری اسنادی) و مفاهیم بالینی (اضطراب و افسردگی) به کار می‌رود (برگرفته از رجیبی و بهلول، ۱۳۸۶).

تعدادی از پژوهشگران بر کارکردهای انطباقی و خود حمایتی عزت نفس تأکید دارند (بلاسکویچ و توماکا^۵، ۱۹۹۱). اغلب انسان‌ها اهمیت عزت نفس را احساس می‌کنند و برای آن‌ها بسیار دشوار و حتی غیرممکن است که نسبت به توصیف‌های دیگران درباره خود مانند عدم صلاحیت، جاذبه و غیره بی‌اعتنا باشند.

در این زمینه، نظریه خودپنداره بیان می‌کند که عزت نفس کلی و اختصاصی^۶ یکسان نیستند و نمی‌توان یکی را از دیگری استنباط نمود. برای نمونه، عزت نفس کلی یک مؤلفه عاطفی است که با بهزیستی روان شناختی در ارتباط است،

¹ Twenge & Nolen- Hoeksema

² Takeuchi, Roberts & Suzuki

³ Self-esteem

⁴ Self-concept

⁵ Blascovich & Tomaka

⁶ General and specific self-esteem

ولی عزت نفس اختصاصی یک مؤلفه شناختی است و با پیامد رفتاری رابطه دارد (مارش^۱، ۱۹۹۳؛ روزنبرگ، اسکولار و اسکون باخ^۲، ۱۹۹۵، برگرفته از پالمن و آلیک^۳ ۲۰۰۰). لذا به مفهوم دقیق کلمه، عزت نفس عبارت از میزان ارزشی است که افراد برای خویشتن قائل هستند. همچنین سطح بالای عزت نفس بیانگر ارزیابی مثبت از خود است و برعکس. به عبارت دیگر، عزت نفس یک ادراک است و نه یک واقعیت (برگرفته از رجبی و بهلول، ۱۳۸۶).

در ارتباط با تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر عزت نفس، پژوهش‌ها نتایج گوناگونی را نشان داده‌اند؛ به طور مثال، ماریانی^۴ (۱۹۷۹) نشان داد درمان عقلانی-عاطفی در ۱۰ جلسه بر روی ۵۶ دانش آموز پسر دبیرستانی باعث افزایش عزت نفس شده است. بریان سوکیانگ^۵ (۱۹۹۵) در یک مطالعه آزمایشی نشان داد که آموزش مشاوره گروهی می‌تواند سطوح عزت نفس کلی و عزت نفس مربوط به والدین خانواده نوجوانان را به طور معناداری افزایش دهد. کریستن^۶ (۱۹۹۷) نیز در تحقیق دیگری بر روی ۲۰ دختر و پسر ۸ تا ۱۱ سال نشان داد که دانش آموزانی که در برنامه مشاوره گروهی با تأکید بر تعارض، شرکت کردند به طور معناداری سطوح بالاتری از عزت نفس کلی را نشان دادند. رافوس^۷ (۱۹۹۸) در یک مطالعه بر روی ۱۹ آمریکایی آفریقایی تبار، در دامنه سنی ۶ تا ۱۰ سال، دریافت که مشاوره عقلانی-عاطفی- رفتاری، عزت نفس، خودکنترلی درک شده و رفتار کلامی دانش آموزان را افزایش می‌دهد. کونوی^۸ (۱۹۹۹) دریافت که درمان شناختی- رفتاری منجر به افزایش شرکت نوجوانان افسرده کلاس‌های نهم تا دوازدهم در کلاس‌های درس شده و در نتیجه عزت نفس و ارزش شخصی آن‌ها نیز افزایش یافته است.

اما از سوی دیگر، بعضی پژوهش‌ها تأثیر این روش را نشان نداده‌اند؛ به طور مثال، تری دیانیا^۹ (۱۹۹۵) و یوت آرمند^{۱۰} (۱۹۹۶) نشان دادند آموزش مشاوره گروهی

¹ Marsh

² Rosenberg, Schoolar & Schoenbach

³ Pullmann & Allik

⁴ Marianni

⁵ Kyung

⁶ Kristen

⁷ Rufus

⁸ Conway

⁹ Teri Diania

¹⁰ Yvette Armand

گروهی تأثیری بر بهبود و افزایش عزت نفس آنها ندارد. لوپس^۱ (۱۹۸۶) مشاوره گروهی به روش الیس را طی ۱۶ جلسه بر روی تعدادی از دختر و پسر سال اول دبیرستان اجرا کرد. نتایج تحقیق او نشان داد که آموزش مشاوره گروهی تأثیری بر عزت نفس در گروه آزمایش نداشته است. در مطالعه دیگر لوپس (۲۰۰۰) مشاهده کرد که مشاوره فردی با تأکید بر روش عقلانی-عاطفی باعث افزایش عزت نفس ۶۰ دانشجوی آمریکایی آفریقایی تبار شده است، اما مشاوره گروهی عقلانی-عاطفی-رفتاری کوتاه مدت چنین تأثیری نداشته است. کریس آردن^۲ (۱۹۹۳) در یک برنامه آموزش مشاوره گروهی بر جنبه‌های مختلف عزت نفس کودکان دبستانی مشاهده کرد که بین گروه کنترل و آزمایش از لحاظ میزان عزت نفس تفاوت دیده نمی‌شود. جودیت استینلی^۳ (۱۹۹۵) ۴۸ کودک ابتدایی در معرض خطر با درآمد پایین و خشونت بالا را با استفاده از روش مشاوره گروهی با تأکید بر ایجاد اعتماد، رشد مهارت‌های ارتباطی و حل مساله در رابطه با عزت نفس مورد بررسی قرار داد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد بین گروه‌های مداخله در شاخص عزت نفس تفاوت معناداری وجود ندارد. تیلور^۴ (۱۹۹۹) در یک تحقیق با هدف اثربخشی مشاوره گروهی بر عزت نفس و اضطراب بر روی ۶۵ کودک به این نتیجه رسید که کنش‌وری کودکانی که مشاوره گروهی دریافت می‌کنند نسبت به گروه کنترل در طی زمان در متغیرهای عزت نفس و اضطراب متفاوت نمی‌باشد.

در ارتباط با تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر سلامت عمومی، تحقیقات متعددی صورت گرفته است. به طور مثال، دیوید، سزنتاگوتای، لاپا و کوسمن^۵ (۲۰۰۸) کارآمدی سه روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری^۶ الیس، درمان شناختی-بک و دارو درمانی (فلوکستین^۷) را بر روی ۱۷۰ بیمار غیر بستری با اختلال افسردگی عمده که به طور تصادفی به سه گروه درمانی واگذار شدند مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها دریافتند که هر سه روش درمانی در پس‌آزمون به طور مساوی برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده موثرند. اما در پیگیری ۶ ماهه، درمان عقلانی-عاطفی-

^۱ Lewis

^۲ Kris Arden

^۳ Judith Steinle

^۴ Taylor

^۵ David, Szentagotai, Lupu & Cosman

^۶ Rational-Emotive-Behavior Therapy

^۷ Fluoxetine

رفتاری و درمان شناختی به نظر می‌رسد نسبت به درمان دارویی در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثرترند. این یافته‌ها با یافته‌های پیشین (بک، راش، شاو و امری^۱، ۱۹۷۹) و یافته‌های اخیر در این زمینه (دی رابیس و همکاران^۲، ۲۰۰۵) هماهنگ است. ساوا، یتز و همکاران^۳ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای سه روش درمان شناختی، درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری و درمان دارویی (پروزاک^۴) را بر روی تعدادی از افرادی که از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته به عنوان بیماران افسرده ارزیابی شده بودند مورد مقایسه قرار دادند. آن‌ها نشان دادند که هر سه روش درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی از پیش آزمون به پس آزمون و تداوم این کاهش در ۶ ماه بعد از مداخله درمانی یکسان بودند. همچنین مقایسه‌های پیگیری نشان می‌دهد که نمره‌های پس آزمون و پیگیری میزان افسردگی بک به طور معنی داری پائین‌تر از نمره‌های پیش آزمون است، اما تغییر معناداری بین پس آزمون و پیگیری ۶ ماهه دیده نشد. ماریانی (۱۹۷۹) نیز درمان عقلانی-عاطفی الیس را در ۱۰ جلسه روی ۵۶ دانش آموز پسر دبیرستانی اجرا کرد. این تحقیق نشان داد این روش باعث کاهش اضطراب دانش آموزان می‌شود.

در تحقیقات مختلف برتری درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر گروه‌های بدون مداخله یا کنترل در درمان افسردگی در جمعیت‌های دانشگاهی (فوسترلینگ^۵، ۱۹۸۵)، افسردگی مربوط به مشکلات زندگی در جمعیت‌های بهنجار (مالوف، لانیون و شوت^۶، ۱۹۸۸)، نشانه‌های افسردگی بالینی در محیط‌های بالینی مانند اختلال وسواس اجباری (فاوا، بلس، اتو، پاوا و روزنباوم^۷، ۱۹۹۴) تأیید شده است. کونوی (۱۹۹۹) اثر بخشی برنامه درمان شناختی-رفتاری گروهی را در کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود عملکرد آموزشی را در چهار گروه از نوجوانان افسرده کلاس‌های نهم تا دوازدهم نشان داد. دی‌گیسپی، میلر و ترکسلر^۸ (۱۹۹۷) براساس مطالعات مالت اسبی، کنی

¹ Beck, Rush, Shaw & Emery

² DeRubeis, et al

³ Sava, Yates, et al

⁴ Prozac

⁵ Fosterling

⁶ Malouff, Lanyon & Schutte

⁷ Fava, Bless, Otto, Pava & Rosenbaum

⁸ DiGiuseppe, Miller & Trexle

پینگ و کارپنتر^۱ (۱۹۷۴) نشان دادند که آموزش عقلانی-عاطفی بر روی جمعیت‌های غیربالینی اعم از کودکان و نوجوانان مؤثر است. همچنین آن‌ها دریافتند کودکانی که در برنامه آموزش عقلانی-عاطفی^۲ شرکت داشتند این توانایی را پیدا کردند که مفروضه-های درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری را یاد بگیرند و باورهای غیرمنطقی‌شان را تعدیل نمایند. در همین راستا، واتر^۳ (۱۹۹۸) نتیجه‌گیری نمود که دانش‌آموزان مدارس ابتدایی که در برنامه آموزش عقلانی-عاطفی شرکت نموده‌اند سطوح اضطراب‌شان کاهش، عزت نفس‌شان و تحمل ناکامی آن‌ها افزایش یافته است. او بیان می‌کند که عموماً این آموزش‌ها باعث افزایش مهارت‌های مؤثر این نوع دانش‌آموزان در مقابله و برخورد با موقعیت‌های هیجانی می‌شود، و این نوع آموزش در مقایسه با برنامه آموزش مبتنی بر نظریه فروید، در کاهش باورهای غیرمنطقی و هیجان‌های بدکارکردی کمک کننده است.

دی‌گیسی و برنارد^۴ (۱۹۹۰) دریافتند که ۵۰ درصد مطالعات زمینه‌یابی شده توسط آن‌ها در زمینه آموزش عقلانی-عاطفی سطح اضطراب کاهش داده و موجب افزایش عزت نفس شده است. هاجزler و برنارد^۵ (۱۹۹۱) گزارش کردند که آموزش عقلانی-عاطفی در ۸۰ درصد مطالعات انجام شده، اضطراب را کاهش می‌دهد و در ۵۰ درصد مطالعات انجام شده، عزت نفس و سازگاری عمومی (رفتارهای کارکردی) را بهبود می‌بخشد.

تریپ، ورنون و مک ماهون^۶ (۲۰۰۲) در یک مطالعه فرا-تحلیل دریافتند که برنامه آموزش عقلانی-عاطفی وقتی با دیگر مداخله‌های درمانی مقایسه می‌شود در تعدیل رفتارهای بدکارکردی مؤثر می‌باشد. آن‌ها در این رابطه بیان کردند که برنامه آموزش عقلانی-عاطفی در افزایش جایگاه کنترل درونی و خودپنداره مثبت مؤثرتر از جهت‌گیری شخصی، کنترل خود و اسنادها است. همچنین نشان دادند که اندازه اثر برنامه آموزش عقلانی-عاطفی در پایین آوردن اضطراب، روان رنجورخویی و شاخص‌های سلامت روانی منفی مؤثر است. در تحقیق دیگر، درایدن^۷ (۱۹۸۹) نشان داد که

^۱ Maultsby., Knipping & Carpenter

^۲ Rational-Emotion Education

^۳ Watter

^۴ DiGiuseppe & Bernard

^۵ Hajzler & Bernard

^۶ Trip, Vernon & McMahan

^۷ Dryden

آموزش به شیوه درمانی ایس، باعث تغییرات اساسی در کاهش اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش (دختران ۱۱ تا ۱۶ سال) شده است. ادوارد^۱ (۱۹۹۸) بر روی ۳۲ بزرگسال سالم نشان داد که مشاوره گروهی با تأکید بر بازبینی زندگی، و مشاوره گروهی با تأکید بر خاطره، تأثیر معناداری در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس و رضایت زندگی ندارد.

با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و تأثیر آن در زندگی افراد، هر گونه آموزش در خصوص نحوه تعامل صحیح با محیط اطراف، به نوجوان کمک می‌کند تا از این دوره پر تلاطم، به سلامت بگذرد و خود را برای ورود به مرحله دیگر زندگی آماده نماید. دختران به لحاظ عاطفی نسبت به پسران حساس‌تر هستند و در برابر شرایط دشوار زندگی ممکن است شکننده‌تر باشند. از این رو جلسات مشاوره گروهی براساس تقویت عزت نفس و ارائه راهبردهایی در خصوص ارتقاء سلامت عمومی می‌تواند به ویژه در سازگاری و برخورد مناسب آن‌ها با شرایط بحرانی آموزشگاهی و خانوادگی مؤثر باشد.

جلسات مشاوره گروهی با تأکید بر روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری ایس باعث می‌شود: نوجوانان دختر با تفکرات، نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی خویش آشنا شوند، انتظارات خود را در گروه مطرح نمایند، افزایش تعاملات مثبت در گروه را تجربه کنند و مهارت‌های بین فردی را یاد بگیرند. ارائه و آموزش این مهارت‌ها موجب خواهد شد که در نهایت آن‌ها بتوانند بر مشکلات خویش غلبه نمایند.

با توجه به نکات ذکر شده و عدم تطابق تعدادی از نتایج تحقیقات ذکر شده در ارتباط با تأثیر روش‌های درمانی گروهی بر عزت نفس و سلامت عمومی، در این پژوهش دو فرضیه مورد بررسی قرار گرفته است: (۱) مشاوره گروهی به روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، باعث افزایش عزت نفس کلی دانش آموزان دختر سال اول متوسطه می‌شود؛ و (۲) مشاوره گروهی به روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، باعث افزایش سلامت عمومی دانش آموزان دختر سال اول متوسطه می‌شود.

روش

طرح تحقیق حاضر یک طرح آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه) می‌باشد. در این طرح، شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل

^۱ Edward

جایگزین شدند. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانش آموزان دختر سال اول متوسطه شهر ایلام (۳۰۰۰ دانش آموز در ۲۰ دبیرستان) در سال تحصیلی اجرای تحقیق بود. از بین دبیرستان‌های موجود ۵ دبیرستان به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. در مرحله بعد، با استفاده از جدول کرجسی و مورگان^۱ (۱۹۷۰)، ۳۰۰ دانش آموز دختر به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین ۵ دبیرستان در ۱۲ کلاس برگزیده شدند. این دانش آموزان پرسشنامه‌های عزت نفس و سلامت عمومی را تکمیل کردند. بر اساس نتایج این پرسشنامه‌ها ۴۰ دانش آموز انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. انتخاب گروه نمونه بر اساس نقطه برش بود. دانش آموزانی که نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه عزت نفس (۳۲) و نمره بالاتر از (۲۲) در پرسشنامه سلامت عمومی داشتند، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند.

در این تحقیق از دو پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و عزت نفس کوپر اسمیت^۲ (۱۹۶۷، به نقل از اقدسی، ۱۳۷۶) استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر^۳ (۱۹۷۹، برگرفته از تقوی، ۱۳۸۰) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۸ ماده و ۴ خرده (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) است. نمره بالا در این آزمون وجود بیماری، و نمره پایین عدم بیماری و یا داشتن سلامت عمومی را نشان می‌دهد. همچنین حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه بین صفر و ۸۴ می‌باشد. ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی به روش بازآزمایی ۰/۷۰ (p ≤ ۰/۰۵)، آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و دونیمه کردن ۰/۹۳ می‌باشد. ضریب روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه میدلکس^۴ ۰/۵۵ گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰).

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت شامل ۵۸ ماده می‌باشد. کوپر اسمیت این پرسشنامه را بر اساس تجدید نظری که بر روی مقیاس راجرز و دیموند^۵ انجام داد تدوین نمود. ۸ ماده این پرسشنامه دروغ سنج می‌باشد و ۵۰ ماده آن به ۴ خرده مقیاس شامل: عزت نفس خود، عزت نفس اجتماعی (همسالان)، عزت نفس خانوادگی

¹ Krejcie & Morgan

² Cooper Smith self-esteem questionnaire

³ Goldberg & Hiller

⁴ Medlex

⁵ Ragers & Demond

(والدین) و عزت نفس تحصیلی (مدرسه) مربوط می‌شود. نظام نمره‌گذاری این پرسشنامه، به صورت بلی و خیر است که به پاسخ‌های بلی نمره ۱ و به پاسخ‌های خیر نمره صفر تعلق می‌گیرد. همچنین در این پرسشنامه، تعدادی از ماده‌ها معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به علاوه، حداکثر و حداقل نمره در این ابزار بین ۵۰ و صفر می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه $0/92$ ($p \leq 0/05$) و همسانی درونی آن با روش‌های دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب $0/83$ و $0/90$ گزارش شده است (اقدسی، ۱۳۷۶).

همان طور که در بخش مربوط به نمونه‌گیری عنوان شد، ملاک انتساب آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، نمره‌های آن‌ها در پرسشنامه‌های سلامت عمومی و عزت نفس، بر اساس نقطه برش بود. پس از مشخص شدن دو گروه آزمایش و کنترل، جلسات آموزشی طی ۳ روز در هفته و در ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای برگزار شد. لازم به ذکر است در خصوص نحوه و مدت زمان آموزش، با اولیاء دانش آموزان، مدیران دبیرستان‌های مذکور و نیز مشاورین هماهنگی‌های لازم صورت گرفت. همچنین تمهیداتی به عمل آمد تا دانش آموزان بتوانند به موقع در جلسات آموزشی حاضر شوند. ترتیب واگذاری گروه‌ها به شکلی بود که آزمودنی‌های گروه آزمایش در این مدت هیچ گونه تماسی با گروه گواه نداشتند. مهمترین مواد آموزشی در طی جلسات، آشنایی با باورهای غیر منطقی الیس به عنوان نظریه‌پرداز روش درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری بود. از طریق شرکت دانش آموزان در بحث‌های گروهی مرتبط با تعدادی از باورهای عنوان شده، تلاش به عمل آمد تا آنان نظرات خود را در خصوص قبول و یا رد آن‌ها اعلام نمایند. همچنین، تعدادی تکلیف در پایان هر جلسه آموزشی به دانش آموزان داده شد تا در خصوص آنان در جلسه بعدی مشاوره گروهی بحث شود و نتیجه‌گیری لازم به عمل آید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته عزت نفس و سلامت عمومی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و تفاضل پیش و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول شماره یک نشان داده شده است. برای آزمون برابری واریانس‌ها داده‌ها با آزمون همگنی واریانس لوین بررسی شدند. نتایج نشان داد واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در عزت نفس یکسان می‌باشد ($F=2/60$ و $p=0/115$). لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس

برای تحلیل داده‌های این بخش استفاده نمود. اما نسبت F مشاهده شده آزمون همگنی واریانس لوین برای متغیر سلامت عمومی برابر با ۵/۰۶ ($p < ۰/۰۳۰$) به دست آمده است که نشان دهنده عدم برابری واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر فوق است اما به دلیل برابر بودن اندازه نمونه در دو گروه می‌توان از مفروضه یکسانی واریانس‌ها چشم پوشی و از آمار پارامتریک استفاده نمود (گلاس و استانلی^۱، ۱۹۷۶، اسفندیاری و عابدی، ۱۳۶۸).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار عزت نفس و سلامت عمومی درپیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	شرایط	تعداد	میانگین	انحراف معیار	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	تفاضل
عزت	آزمایش	۲۰	۲۱	۳/۸۱	۳۳	۴/۳۹	۱۲-	۴/۲۸
نفس	کنترل	۲۰	۲۱/۴۰	۴/۴۰	۲۱/۹۵	۴/۰۷	۰/۵۵-	۲/۷۸
سلامت عمومی	آزمایش	۲۰	۴۱/۹۰	۸/۸۳	۲۲/۹۰	۷/۲۸	۱۹	۷/۳۰
	کنترل	۲۰	۴۲/۳۰	۸/۸۳	۴۳/۷۰	۹/۳۱	۱/۴۰-	۳/۸۰

نتایج تحلیل کوواریانس پیرامون نمرات عزت نفس در دو گروه آزمایش و گواه پس از کنترل پیش‌آزمون در جدول شماره دو نشان داده شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات عزت نفس در گروه‌های آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	p	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۸۱/۶۱	۱	۸۱/۶	۷/۳۰	۰/۰۱	۰/۱۶
گروه‌ها	۱۲۷۵/۵	۱	۱۲۷۵/۵	۱۱۴/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵
خطا	۴۱/۳۳	۳۷	۴۱/۳			

¹ Glass & Stanley

کل ۳۳۸۱ ۴۰ ۳۳۸۱

نسبت F ارائه شده در جدول شماره دو نشان می‌دهد تفاوت نمره‌های عزت نفس کلی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون در دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش و کنترل برابر $۱۱۴/۱۷$ می‌باشد، که در سطح آماری $p \leq ۰/۰۱$ معنادار است. یعنی آموزش مشاوره گروهی بر اساس درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، عزت نفس کلی را در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است.

نتایج تحلیل کوواریانس پیرامون نمرات سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و گواه پس از کنترل پیش‌آزمون در جدول شماره سه نشان داده شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	p	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۹۱/۴۴	۱	۹۱/۴۴	۲/۸۳	۰/۱۰۱	۰/۰۷
گروه‌ها	۹۳۹/۶۴	۱	۹۳۹/۶۴	۲۹/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
خطا	۱۱۹۵/۳۵	۳۷	۱۱۹۵/۳۵			
کل	۸۵۴۶	۴۰	۸۵۴۶			

بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود، پس از کنترل تأثیر پیش‌آزمون بر نمره‌های پس‌آزمون سلامت عمومی، تأثیر گروه معنادار است ($F= ۲۹/۰۸$, $p \leq ۰/۰۰۰۱$). این تحلیل نشان می‌دهد که دو گروه فوق از لحاظ میزان سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت دارند که با توجه به میانگین‌های ارائه شده در جدول شماره ۱ مشخص می‌شود بهبود وضعیت سلامت عمومی در گروه آزمایش تفاوت معناداری با گروه کنترل دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج ارائه شده، فرضیه یک تحقیق که بیان می‌کرد «مشاوره گروهی به روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، باعث افزایش عزت نفس کلی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه می‌شود» را مورد تأیید قرار داد. این یافته با نتایج تحقیقات ویور و متیوس^۱

^۱ Weaver & Mathews

(۱۹۹۳) که از اثربخشی مثبت تکنیک درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری در افزایش عزت نفس پائین کودکان مدرسه‌ای یاد می‌کنند؛ کانگوسی، گریسارد و مینس^۱ (۱۹۸۰) خاطر نشان کردند که آموزش گروهی تفکر عقلانی-منطقی بر خودپنداره نوجوانان مؤثر است؛ میر^۲ (۱۹۸۲) دریافت که درمان گروهی عقلانی-عاطفی در افزایش عزت نفس کودکان ناتوانی‌های یادگیری کارساز است؛ یافته‌های این تحقیق با یافته‌های ماریانی (۱۹۷۹)، کونوی (۱۹۹۹)، رافوس (۱۹۹۸)، کریستن (۱۹۹۷)، بریان سوکیانگ (۱۹۹۵)، تریپ و همکاران (۲۰۰۲)، هاجز و برنارد (۱۹۹۱)، دی گیسپی و برنارد (۱۹۹۰)، و واتر (۱۹۸۸) هماهنگ است و با یافته‌های پژوهشگرانی مانند لويس (۱۹۸۶، ۲۰۰۰)، تایلور (۱۹۹۹)، ادورارد (۱۹۹۸)، یوت آرمند (۱۹۹۶)، تری دپانیا (۱۹۹۵)، جودیت استینلی (۱۹۹۵) و کریس آردن (۱۹۹۳) هماهنگی ندارد.

نتایج این تحقیق نشان داد با استفاده از روش درمانی الیس دانش آموزان دختر می‌توانند مشکلات خود را بپذیرند، و در جهت تغییر در باورها، ارزش‌ها و فلسفه-ی خود در زندگی برآیند، نظام باورهای نامناسب را تغییر دهند و خود با هر نوع رویداد نامطلوب مقابله نمایند. در این نوع درمان هر یک از دانش‌آموزان بازخوردهای با ارزشی از گروه دریافت کردند. همچنین اعضاء گروه توانستند به کارکردهای غیرمنطقی خود در موقعیت‌های مختلف زندگی آگاه شوند. در گروه اعضایی با کنش‌وری و عملکرد بالا می‌توانند به عنوان مدلی برای سازگاری بهتر و منبعی برای حمایت و تشویق سایر اعضاء با کنش‌وری ضعیف باشند.

از سوی دیگر، فرضیه دوم پژوهش «مشاوره گروهی به روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، باعث افزایش سلامت عمومی دانش آموزان دختر سال اول متوسطه می‌شود» نیز مورد تأیید قرار گرفت. این نتیجه با یافته‌های افرادی منجمله ماریانی (۱۹۷۹)، کونوی (۱۹۹۹)، ساوا و همکاران (۲۰۰۹)، بیان می‌کنند که مزیت درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری و درمان شناختی نسبت به درمان دارویی برای افراد جامعه هزینه‌های کمتری دارد و تفکرات و احساس‌های مثبت‌تری را در مراجعان ایجاد می‌کند. در این رابطه می‌توان استنباط نمود که در کشور ایران با توجه به اینکه نوجوانان و جوانان بخش عمده‌ای از جامعه را تشکیل می‌دهند و ممکن است در زمان‌های مختلف با بحران‌های اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی روبرو شوند بنابراین استفاده از این

¹ Cangelosi, Gressard & Mines

² Meyer

نوع درمان‌های روان‌شناختی کم هزینه که توسط مراکز مشاوره ارائه می‌شود می‌تواند روحیه مثبت و سالم را به افراد جامعه برگرداند.

از سوی دیگر، دیوید و همکاران (۲۰۰۸)، دی رایس و همکاران (۲۰۰۵)، تریپ و همکاران (۲۰۰۲)، واتر (۱۹۸۸)، دی گیسی و همکاران (۱۹۹۷)، دی گیسی و برنارد (۱۹۹۰)، مالت اسی و همکاران (۱۹۷۴)، هاجزلی و برنارد (۱۹۹۱)، فوسترلینگ (۱۹۸۵)، مالوف و همکاران (۱۹۸۸)، فاوا و همکاران (۱۹۹۴) و درایدن (۱۹۸۹) نشان دادند آموزش گروهی با تأکید بر درمان عقلانی-عاطفی- رفتاری بر افزایش سلامت عمومی دانش آموزان دختر تأثیر مثبت داشته است و با نتایج این تحقیق نیز هماهنگی دارد.

پیشنهاد می‌شود فرضیه‌های تحقیق حاضر در نمونه‌ی دانش آموزان پسر و دختر در سطوح تحصیلی مختلف نیز مورد بررسی قرار گیرد. به علاوه، اثر درمانی روش‌های گوناگون، مانند شناختی- رفتاری و معنا درمانی، در عزت نفس و سلامت عمومی با یکدیگر مقایسه شود.

تقدیر

لازم است از همکاری صمیمانه واحد متوسطه اداره آموزش و پرورش و کلیه مسئولان دبیرستان‌های دخترانه مورد مطالعه این تحقیق در شهر ایلام و دانش‌آموزانی که ما را در اجرای این تحقیق یاری نمودند تشکر شود.

منابع

منابع فارسی

اقدسی، علی نقی (۱۳۷۶). بررسی عوامل موثر بر عزت نفس و رابطه آن با سلامت عمومی دانش آموزان دختر و پسر دبیرستان‌های شهرستان میاندوآب. پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله ی روانشناسی*، ۲۰، سال پنجم، شماره ی ۴، (پیاپی ۲۰)، صص. ۳۹۱-۳۹۸.

رجبی، غلامرضا (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی (CDI) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله. مجله روان شناسی و علوم تربیتی، سال ۳۷، شماره- ۲، صص. ۲۳-۴۶.

رجبی، غلامرضا و بهلول، نسرین (۱۳۸۶). پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. مجله پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی دانشگاه اصفهان، سال ۳، شماره ۲، پی‌اچ‌اچ ۸، پائیز و زمستان، صص. ۳۳-۴۸.

گلاس، جین و استانلی، جولین. سی (۱۹۷۰). روش‌های آماری در علوم تربیتی و روان شناسی. ترجمه: مهتاس اسفندیاری و جمال عابدی (۱۳۶۸). انتشارات دانشگاه تهران.

منابع انگلیسی

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Blascovich, G. & Tomaka, J. (1991). Measures of self esteem. In J.P. Robinson, P.R. Sharer & L.S. wrights man (Eds.): Measures of personality and social psychological attitudes. San Diego, CA: Academic Press.
- Brown. J, Cohen. P, Johnson J. G., et al. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidal. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38 (12), 1490-1496.
- Bryan Soo Kyung, K. (1995). Group counseling to enhance internal locus of control orientation and self-esteem among students of native Hawaii ancestry. University of Hawaii, p. 111, AAT 1362066.
- Cangelosi, A., Gressard, C. I., & Mines, R. A. (1980). The effects of a rational thinking group on self-concepts in adolescents. The School Counselor, 27, 357-361.
- Conway, P. J. (1999). The effects of cognitive-behavior group counseling on adolescent depression, academic performance, and self-esteem. University of Louisville, p. 143, AAT 9964864.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. Archives of General Psychiatry, 57, 21-27.
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D (2008). Rational Emotive Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Medication in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial, Post treatment Outcomes, and Six-Month Follow-Up. Journal of Clinical Psychology, 64(6), 728-746.

- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P.R., Salomon, R.M., et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409–416.
- DiGiuseppe, R., & Bernard, M. (1990). The application of rational-emotive theory and therapy to school-aged children, *School Psychology Review*, 19, 268-286.
- DiGiuseppe, A.R., Miller, J.N., & Trexler, D.L. (1977). A review of rationale emotive psychotherapy outcome studies. *The Counseling Psychologist*, 7, 64-72.
- Dryden, G (1989). Effectiveness of rational–emotive therapy on depression, anxiety and education. Online available from. <http://www.sciencedirect.com> (2006).
- Edward, C. H. (1998). A comparison of the effects of life review and reminiscence group counseling on depression, life satisfaction and self-esteem of older persons. Wayne State University, p. 194, AAT 9827192.
- Fava, M., Bless, E., Otto, M. W., Pave, J. A., & Rosenbaum, J. F. (1994). Dysfunctional attitudes in major depression: Changes with pharmacotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 45–49.
- Fosterling, F. (1985). Rational emotive therapy and attribution theory: An investigation of the cognitive detriments of emotions. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 12–25.
- Hajzler, J. D., & Bernard, E. M (1991). A review of rational-emotive education outcome studies. *School Psychology Quarterly*. 6, 27-49.
- Judith Steinle, S. (1995). The effects of group counseling on the self-esteem of at-risk children in an urban elementary school. Kansas State University, p. 138, AAT 9614287.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 608.
- Kris Arden, G. (1993). Evaluating the effect of an elementary small group counseling program on various components of self-esteem and related behaviors. United States International University, p. 226, AAT 9333251.
- Kristen, A. (1997). The impact of group counseling on elementary school children self-esteem. Kean University, p. 38, AAT EP 12091.
- Lewinsohn P. M, Rohde. P., & Seeley J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18 (7), 765-794.
- Lewis, H. L. (1986). The relationship between self-esteem and perceived cohesiveness in peer group counseling groups. Northester University, p. 168, AAT 8621798.

- Lewis, B. T. (2000). The of brief behavioral individual and group counseling on the self-esteem and retention of African American Adult Basic Education students. Wayne State University, p. 111, AAT 9966122.
- Malouff, J. M., Lanyon, R. ., & Schutte, N. S. (1988). Effectiveness of a brief group RET treatment for divorce-related dysphoria. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 6, 162-171.
- Marianne, B. (1979). Effects of Rational-Emotive psychotherapy on anxiety. From <http://www.lyonsmorris.com> (2006).
- Maultsby, C. M., Knipping, P., & Carpenter, L. (1974). Teaching self help in the classroom with rational self counseling, *Journal of School Health*, 44, 445-448.
- Meyer, D.J. (1982) Effects Of Rational-Emotive Group Therapy Upon Anxiety And Self-Esteem Of Learning-Disabled Children . Unpublished Doctoral Dissertation, Andrews University.
- Monroe S. M., Rohde. P, Seeley J. R, et al (1999). Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 606-614.
- Pullman, H., & Allik, J. (2000). The Rosenberg self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715.
- Rufus, L. (1998). The effect of behavior group counseling on improving self-esteem, perceived self-control, and classroom behavior of elementary students. University of Georgia, p. 139, AAT 9908615.
- Ryan N. D., Puig-Antich. J, Ambrosini P, et al. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854-861.
- Sava, F., Yates, B., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of Cognitive Therapy, Rational-Emotive-Behavior Therapy, and Fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (1), 36-52.
- Taylor, M. N. (1999). The effects of group counseling on the self-esteem, Anxiety, and behavior of children with deployed parents. Old Dominion University, p.110, AAT 9921779.
- Teri Diania, F. (1995). Effects of group counseling on the self-esteem of at-risk students attending an alternative school. Mount Saint Vincent University, p. 36, AAT MQ 23761.
- Trip, S., Vernon, A., & McMahon, J. (2002). Effectiveness of rational-emotive education: A quantitative meta-analytical. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7, 1, 81-93.
- Watter, N. D. (1988). Rational- Emotive Education: A Review of the Literature, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 6, 139 – 145.

- Weaver, M. D. & Matthews, D. B. (1991). The effects of a program to build self-esteem of at-risk students. *Journal of Humanistic Education and Development*, 31, 181-188.
- Yvette Armand, C. (1996). The of group counseling on the self-esteem, attendance, and counselor utilization of immigrant Hispanic secondary limited English proficient students. *Florida International University*, p. 158, AAT 9717842.

