اثربخشی درمان شناختی– رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و عزت نفس نوجوانان دارای علایم افسردگی

علی بیگی[۱]، محمود نجفی[۲]، محمدعلی محمدی‌فر[۲]، عباس عبداللهی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر، رویکرد نوظهوری به درمان می‌باشد که درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy یا CBT) را با روان‌شناسی مثبت‌نگر و درمان راه‌حل محور به بهترین وجه تلفیق کرده است. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و عزت نفس نوجوانان دارای علایم افسردگی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و همراه با گروه شاهد انجام شد. بدین منظور، پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI) در پنج مدرسه متوسطه اول پسرانه اجرا گردید. از بین دانش‌آموزانی که نمره افسردگی بالاتر از نمره برش کسب کردند و ملاک‌های ورود و خروج را داشتند، ۳۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و ۱۷ نفر به گروه آزمایش و ۱۷ نفر به گروه شاهد (بدون مداخله) اختصاص یافت. مقیاس تاب‌آوری Connor و Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale یا CD-RISC) و مقیاس عزت نفس Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale یا RSES) به عنوان پیش‌آزمون اجرا و سپس مداخله درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر در گروه آزمایش انجام شد. در پایان، مقیاس‌های فوق به عنوان پس‌آزمون اجرا گردید.

یافته‌ها: نمرات تاب‌آوری دانش‌آموزان گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد به طور معنی‌داری بیشتر بود. همچنین، درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر منجر به افزایش معنی‌دار نمرات عزت نفس دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد شد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند به عنوان رویکرد مؤثری جهت تقویت مؤلفه‌های عملکرد مثبت در نوجوانان دارای علایم افسردگی کاربرد داشته باشد و انجام پژوهش‌های بیشتر در آینده این موضوع را مشخص می‌کند.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، عزت نفس، تاب‌آوری، افسردگی، نوجوان

ارجاع: بیگی علی، نجفی محمود، محمدی‌فر محمدعلی، عبداللهی عباس. **اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و عزت نفس نوجوانان دارای علایم افسردگی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۱): ۴۷-۵۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۸/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۹ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۱/۱۵

مقدمه

افسردگی بالینی، نوعی اختلال معمول و فرساینده سلامت روان افراد است (۱) و تأثیر منفی فزاینده‌ای بر سلامت جسمانی و اجتماعی افراد دارد. طبق مطالعه بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور محسوب می‌شود (۲). همچنین، این اختلال دومین علت بزرگ ناتوانایی‌های عمومی در دنیا می‌باشد و پیامدهای اقتصادی زیادی را برای افراد و کشورهای جهان به همراه دارد (۳). افسردگی می‌تواند یکی از دلایل افزایش مرگ و میر و خودکشی در نوجوانان باشد. تجربه افسردگی در دوره نوجوانی، احتمال عود آن را در زندگی افزایش می‌دهد (۴). این اختلال منجر به کاهش کیفیت زندگی، بهزیستی و تخریب عملکرد شغلی و اجتماعی افراد می‌شود (۵). علاوه بر این، مزمن بودن، هم‌آیندی بالا، تأثیر منفی بر دیگر ابعاد زندگی و هزینه‌های اقتصادی قابل توجه (۶)، اهمیت مقابله و پیشگیری از این اختلال را به ویژه در دوره نوجوانی به عنوان یک مداخله اولیه سلامتی ملزم و ضروری می‌سازد.

درمان‌های موجود روان‌شناسی از جمله درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy یا CBT)، بر کاهش علایم و نواقص متمرکز است و کمتر بر ساخت نقاط قوت و منابع مثبت تأکید می‌کنند (۸، ۷)؛ در حالی که مطالعات نشان داده‌اند، هنگامی که از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی درخواست شد تا مهم‌ترین شاخصه‌های بهبودی را مشخص کنند، بیشتر آن‌ها مفاهیمی را که با سلامت روان مثبت مرتبط است، انتخاب کردند [خوش‌بینی (Optimism) و حس عمومی بهزیستی (Well-being)]. بنابراین، رویکردهای درمانی جدید نه تنها باید به کاهش علایم افسردگی متمرکز شوند، بلکه باید تأکید لازم را به غنی‌سازی بهزیستی و تاب‌آوری (Resiliency) افراد نیز داشته باشند (۱۰، ۹).

دهه اخیر، شاهد گسترش و رشد رویکردهای درمانی مشارکتی مثبت‌نگر و

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۳- دکتری تخصصی، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: محمود نجفی
Email: m_najafi@semnan.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.7.3]

مبتنی بر شایستگی‌ها و نقاط قوت بوده است. هدف مدل‌های درمانی مبتنی بر نقاط قوت، افزایش بهزیستی، کیفیت زندگی (Quality of life) و تاب‌آوری طولانی مدت می‌باشد و بر نقاط قوت شخصی و توانایی‌های سازگاری تأکید می‌نماید (۱۰-۱۲). از جمله درمان‌های نوظهورکه بر پایه روان‌شناسی مثبت‌نگر بنا نهاده شده است، درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر (Positive CBT) می‌باشد. در واقع، این درمان، CBT را با روان‌شناسی مثبت‌نگر (Positive psychology) و درمان راه‌حل محور (Solution focused therapy) تلفیق کرده و از پژوهش‌ها و کاربردهای علمی این رویکردهای درمانی الهام گرفته است (۱۲، ۱۱). اگرچه روان‌شناسی مثبت‌نگر و درمان‌های مبتنی بر راه‌حل، رویکردهای متفاوتی هستند، اما می‌توان به این نتیجه رسید که هدف هر دو رویکرد درمانی این است که به مراجعان در برخورداری از آینده‌ای بهتر و مطلوب و شکوفایی بیشتر کمک کنند (۱۲). درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر با تلفیق این دو رویکرد درمانی با CBT و استفاده از مطالعات و کاربردهای آن‌ها، در تلاش است که نه تنها به مصیبت‌ها پاسخ بدهد، بلکه درصدد افزایش سلامت روان مثبت افراد است. درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر توانایی‌های سازگاری، قابلیت‌ها و منابع و نقاط قوت شخصی تأکید می‌کند که در کمک به ایجاد تغییر در مراجع اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۲، ۱۱).

تأکید درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر، تنها بر آسیب‌شناسی، مشکلات و مسایل مراجع و اصلاح بدترین شرایط نیست، بلکه ابتدا و پیش از هر چیز به جنبه‌های مثبت، نقاط قوت و عملکردهای صحیح و خلق بهترین چیزها می‌پردازد و فقط به کاهش ناراحتی‌ها تأکید نمی‌شود، بلکه به دستیابی و ایجاد موفقیت نیز تأکید می‌گردد (۱۲). Seligman طراح و مبدع نهضت روان‌شناسی مثبت‌نگر، بیان می‌کند که اگر بخواهیم شکوفایی و بهزیستی را تجربه کنیم، باید مصیبت‌ها را به حداقل برسانیم و در عوض، هیجان‌های مثبت، هدفمندی و معنی‌داری، پیشرفت و روابط مثبت را در نظر داشته باشیم (۱۳).

می‌توان درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر را روی دیگر سکه CBT در نظر گرفت؛ به این معنی که CBT به مشکلات، نواقص و معایب توجه می‌کند و درصدد رفع مشکل است، اما درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر به نقاط قوت، توانایی‌ها و موارد استثنایی که فرد در هنگام مشکلات توانسته موفق عمل کند، توجه می‌نماید و درصدد تقویت این مهارت‌ها است. به نظر می‌رسد که درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بعضی از تمرینات CBT را البته با چشم‌انداز مثبت‌نگرانه انجام می‌دهد. اشاره به روی دیگر سکه CBT به بهترین وجه توصیف می‌کند که درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر در بیشتر مواقع نقطه مقابل آنچه را که CBT به آن توجه نمی‌کند و یا کم‌اهمیت جلوه می‌دهد را برجسته می‌سازد و آن را تقویت می‌کند (۱۴، ۱۲).

تاب‌آوری به عنوان رشد و تحول شخصی در نظر گرفته می‌شود و به عنوان قابلیت مقابله و سازگاری در شرایط مشکل‌دار و یا قوت گرفتن دوباره و ایجاد عملکرد دوباره در شرایط استرس‌زای غیر قابل مقاومت تعریف می‌شود (۱۵). تاب‌آوری به مراجعان کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی مقابله کنند. افرادتاب‌آور در مواجهه با مشکلات، مقاوم هستند و چنانچه نیاز باشد، شرایطی را که قابل بهبودی نیست، می‌پذیرند (۱۶). بعضی از پژوهشگران معتقد هستند که چنانچه درمانگران بر ساخت و ایجاد باورها و رفتارهای تاب‌آور تمرکز کنند، در مقایسه با زمانی که بر باورها و رفتارهایی که مانعی برای تاب‌آوری هستند تمرکز کنند، مؤثرتر خواهد بود (۱۰). آن‌ها بر این عقیده هستند که نیازی به آموزش مهارت‌های جدید به مراجعان آن‌گونه که در CBT سنتی انجام می‌شود، نیست، بلکه درمانگران می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا نقاط قوت خود را که تاکنون داشتند، تشخیص دهند و از این نقاط قوت تاب‌آوری خود را شکل دهند (۱۰). درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر با تغییر تمرکز درمان از آنچه در مورد مراجع اشتباه است، به آنچه که صحیح است و از آنچه که برای مراجع مناسب نیست، به آنچه که مناسب است و با استفاده از تکنیک‌های مثبت‌نگر، بهزیستی مراجعان را تقویت می‌کند. در واقع، درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر اعتقاد دارد که توانایی‌ها، نقاط قوت و منابع مراجع است که در کمک به ایجاد تغییرات در فرد مهم است. درمانگران تلاش می‌کنند تا از مراجعان حمایت نمایند تا با افزایش خودکارامدی (Self-efficacy) و عزت نفس (Self-esteem) خود، تاب‌آوری طولانی مدت را در خود پرورش دهند (۱۴، ۱۱، ۱۰).

با این که به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناسی مثبت به ویژه در کاهش علایم افسردگی مؤثر است، پژوهش‌های اندکی برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناسی مثبت را با گروه شاهد یا گروه مقایسه‌ای در درمان افسردگی مورد ارزیابی قرار داده‌اند (۱۷، ۹). با این حال، پژوهشی که رویکرد درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر برای درمان افسردگی به ویژه در نوجوانان را به کار ببرد، یافت نشد.

با توجه به اثربخشی آشکار شده رویکردهای درمانی نوظهور مثبت‌نگر در درمان افسردگی به ویژه در دوره نوجوانی (۱۸، ۵، ۴) و گاهی ایجاد نتایج متناقض (۹)، بررسی این رویکرد درمانی جدید ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر در عزت نفس و تاب‌آوری دانش‌آموزان دوره متوسطه اول با افسردگی خفیف و متوسط بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و همراه با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری تحقیق را دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهرستان میامی با علایم افسردگی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل داد. تعداد نمونه بر اساس توان آزمون حداقل ۰/۸۰، حجم اثر ۰/۹۵ و آلفای ۰/۰۵ انتخاب برآورد شد. حجم نمونه ۳۴ نفر بود که به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. نحوه تصادفی کردن و نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا از بین مدارس متوسطه اول پسرانه شهرستان میامی، ۵ مدرسه به تصادف انتخاب شد و با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI)، لیست افرادی که بالاتر از نمره برش قرار داشتند، جمع‌آوری شد و سپس با مصاحبه روان‌پزشکی در بین افراد، تشخیص ارایه گردید. از بین افرادی که تشخیص دریافت نمودند، لیستی تهیه گردید و از ۵۱ نفر دارای معیارها، ۳۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه قرار گرفتند. سپس یکی از گروه‌ها به عنوان شاهد و گروه دیگر به عنوان گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر)، تحت آموزش قرار گرفتند، اما به علت عدم تمایل به همکاری و عدم شرکت در جلسات، یکی از اعضا حذف شد و در مجموع، ۱۶ نفر به گروه آزمایش و ۱۷ نفر به گروه شاهد اختصاص یافت. پس از تقسیم‌بندی گروه‌ها، ابتدا پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری و عزت نفس برای شرکت‌کنندگان هر دو گروه مورد اجرا قرار گرفت. سپس بر اساس مداخله تنظیمی برگرفته از کتاب درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر (۱۹)، مداخله در گروه آزمایش انجام شد. در جلسه آخر در هر دو گروه دوباره پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری و عزت نفس به عنوان پس‌آزمون اجرا گردید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.7.3]
http://rbs.mui.ac.ir

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با اعضا و قوانین جلسه، اهداف مداخله، هنجارها و منطق درمان (تبیین روانی آموزش افسردگی از چشم‌انداز سلامت روان مثبت‌نگر، برقراری ارتباط درمانی مثبت)، تکلیف خانگی: مشاهده و ثبت جنبه‌های مثبت فردی تا جلسه آینده
دوم	ارزیابی تغییرات پیش‌درمانی، ارایه تکنیک‌ها و پرسش‌های راه‌حل محور، تمرین تجسم خود در آینده، تمرین افزایش امید، تکلیف خانگی: ثبت آرزوها و اهداف و مشخص کردن اولویت‌ها
سوم	ارزیابی توانمندی‌ها و امکانات مراجعان با توجه به آزمون مشخصات عملی ارزش جنبه‌های مثبت و توانمندی‌ها، تکنیک انتقال مهارت)، تکلیف خانگی: چگونگی استفاده از توانمندی‌های خود در مواجهه با مسایل و ردیابی یک یا چند جنبه مثبت
چهارم	خودنظارت‌گری و تحلیل کارکردی مثبت‌نگر (ثبت افکار، مشاهده تغییرات مثبت، خودارزیابی مثبت‌نگر، نظارت بر موارد استثنایی، پرسش معجزه‌گر، راه‌حل فرضی، توجه به موفقیت‌ها هرچند کوچک)، تکلیف خانگی: خودنظارت‌گری مثبت‌نگر
پنجم	تغییر دیدگاه (تغییر توجه به موفقیت‌های گذشته، تمرکز بر نقاط روشن، یافتن موارد استثنا و استفاده از نقاط مثبت و توانمندی‌ها در مواجهه با مسایل جدید)، تغییر سوگیری شناختی و تصویرسازی مثبت‌نگر (تمرین پیشنهادهای مثبت‌نگر به عملکردهای گذشته فرد از طرف یک دوست، تمرین تغییر مثبت یک کابوس)، تکلیف خانگی: تجسم خود در آینده
ششم	تغییر چشم‌انداز روابط (تشویق مراجعان به توصیف رویدادهای تعاملی و ارتباطی با افراد مهم زندگی و تغییرات ارتباطی مثبت‌نگر، تمرین راه‌حل فرضی، پرسش معجزه‌گر و موارد استثنایی، تمرین نگرش به خویشتن به عنوان سوم شخص)، تکلیف خانگی: ثبت حق‌شناسی و قدردانی
هفتم	تغییر عملکرد (در هم شکستن الگوهای رفتاری تکراری مشکل‌آفرین، تغییر عملکرد خود نسبت به مسأله، استفاده از تضاد و تناقض، اضافه کردن فعالیت‌های جدید به الگوهای قبلی در مواجهه با مسأله، کاربرد الگوهای راه‌حل‌مدارانه برای مسأله، استفاده از گام‌های کوچک، تکلیف خانگی: انجام کاری متفاوت
هشتم	تجارب رفتاری مثبت‌نگر (کاری متفاوت انجام دادن، توجه به چگونگی مفید واقع شدن آن، مشاهده و جمع‌آوری شواهدی هماهنگ با افکار و باورهای مثبت‌نگر، وانمود به این که اوضاع بهتر شده و عمل کردن به گونه‌ای که انگار معجزه‌ای رخ داده است)، تکلیف خانگی: خواندن، نوشتن و سوزاندن
نهم	تغییر احساسات (تمرین شما در بهترین وضعیت و بیان احساسات، تمرین شروع رویدادهای خوشایند زندگی، تمرین کتاب زندگی، تمرین مثبت‌گرایی)، تکلیف خانگی: یادداشت‌های مثبت‌گرایانه
دهم	پیشگیری از عود، خلاصه‌ای از مهارت‌های یاد گرفته شده، مشخص کردن مشکلات بالقوه و پایان دادن به جلسات، اجرای مجدد پرسش‌نامه‌های عزت فس و تاب‌آوری

معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن ملاک‌های افسردگی خفیف و متوسط، نداشتن ملاک‌های افسردگی شدید یا هرگونه اختلالات روانی دیگر، نداشتن بیماری جسمانی مزمن و شدید، عدم مصرف هرگونه داروی روان‌گردان، نداشتن حالات شناختی مانند کم‌توانی و ناتوانی ذهنی که مانع پیگیری مداخلات می‌شود، دامنه سنی بین ۱۳ تا ۱۶ سال، عدم جدایی والدین و عدم وجود مشکلات خانوادگی بود. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر در جدول ۱ ارایه شده است.

ساختار جلسات به این شکل بود که هر جلسه با مروری بر تکالیف جلسه قبلی آغاز می‌شد و سپس با مقدمه‌ای بر موضوع جلسه فعلی، درمانگر اهداف جلسه و روش آموزش روانی را مطرح می‌کرد و بحث بین آزمودنی‌ها را با توجه به زمان تشویق می‌کرد. سپس آزمودنی‌ها برای نحوه انجام تمرین‌های جلسات راهنمایی می‌شدند و مهارت‌های جدید یاد گرفته شده را در گروه تمرین می‌کردند. در پایان جلسات، درمانگر خلاصه‌ای از مطالب کلیدی مطرح شده در آن جلسه را عرضه کرد و سپس تکالیف خانگی را ارایه نمود. تکالیف و مطالب طوری انتخاب شده بود که متناسب با شرایط سنی دانش‌آموزان باشد. همچنین، متناسب با مسأله مورد بحث، روایت‌هایی مثبت‌گرایانه ارایه می‌شد و زمانی که دانش‌آموزان از موفقیتی صحبت می‌کردند، با تکنیک‌های مستقیم و یا غیر مستقیم از افراد تعریف و تمجید می‌شد. از جلسه دوم به بعد، ارزیابی مثبت‌نگرانه از افراد انجام گرفت. به این منظور، فرد به شرایط خود در مقیاسی از صفر (به منزله عملکرد پایین) تا ۱۰ (به منزله بهترین عملکرد) نمره می‌داد. مداخلات گروهی با جزوات و برگه‌های آموزشی تکمیل گردید.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در ادامه به تفصیل آمده است.

مقیاس BDI این مقیاس دارای ۲۱ عبارت مرتبط با علایم و ویژگی‌های شناختی، عاطفی و فیزیولوژیک افسردگی می‌باشد که هر علامت با چهار عبارت مشخص می‌شود (۱۹). در اجرا از آزمودنی درخواست می‌شود که همه عبارات ذکر شده برای هر یک از علایم افسردگی را به دقت مطالعه کند و از میان آن‌ها عبارتی را که به بهترین وجه معرف وضعیت او (در طول هفته گذشته، از جمله امروز) است، انتخاب کند. به هنگام نمره‌گذاری به هر یک از علایم و ویژگی‌های افسردگی، نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمره آزمودنی بین صفر تا ۶۳ تغییر می‌کند. نمرات صفر تا ۹ بیانگر بدون علایم افسردگی، نمرات ۱۹-۱۰ افسردگی خفیف و متوسط، نمرات ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط و شدید و نمره ۶۳-۳۰ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. Beck و همکاران همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۷ و پایایی آن را به روش بازآزمایی بیشتر از ۰/۶۵ گزارش کردند (۱۹). اعتبار و پایایی مقیاس BDI در مطالعات مختلفی در ایران نیز به اثبات رسیده است (۲۰).

مقیاس تاب‌آوری Connor و Davidson (CD-RISC یا Connor-Davidson Resilience Scale): این ابزار، از ۲۵ گویه تشکیل شده که در مقیاس لیکرت بین صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود (۲۱). اگرچه این مقیاس سطوح مختلف تاب‌آوری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، اما یک نمره کل دارد. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است (۲۱). مسعودی در پژوهش خود با روش ضریب Cronbach's alpha، ضریب همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۹ محاسبه نمود (۲۲). در مطالعه دیگری که بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی انجام شد، همسانی درونی به روش Cronbach's alpha برابر با ۰/۹۳ به دست آمد (۲۳). ضریب Cronbach's alpha این مقیاس در پژوهش

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.7.3]

حاضر در پیش‌آزمون ۰/۸۳ و در پس‌آزمون ۰/۸۷ عنوان شد.

مقیاس عزت نفس Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale یا RSES): این مقیاس دارای ۱۰ سؤال می‌باشد که آزمودنی باید به هر یک از سؤالات پاسخ موافق یا مخالف بدهد (۲۴). Silber و Tippett در تحقیق خود ضریب بازآزمایی آن را پس از دو هفته، ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۵). در پژوهش احدی، پایایی مقیاس مذکور با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۵ به دست آمد (۲۶). همچنین، ضریب Cronbach's alpha مقیاس در پژوهش حاضر در پیش‌آزمون ۰/۷۱ و در پس‌آزمون ۰/۷۳ محاسبه گردید.

جهت توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و جهت تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مطالعه حاضر متغیرهای تاب‌آوری و عزت‌نفس را بر روی ۳۳ نفر از دانش‌آموزان پسر متوسطه اول در دو گروه آزمایش و شاهد (بدون مداخله) با میانگین سنی ۱۴/۱۲ سال بررسی نمود. جدول ۲ میانگین نمرات متغیرهای عزت نفس و تاب‌آوری را در دو گروه و دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین متغیرهای دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین ± انحراف معیار	تعداد نمونه
پیش‌آزمون عزت نفس	آزمایش	۴/۶۲ ± ۰/۶۲	۱۶
	شاهد	۵/۱۱ ± ۱/۱۱	۱۷
پس‌آزمون عزت نفس	آزمایش	۷/۶۸ ± ۱/۴۹	۱۶
	شاهد	۵/۲۳ ± ۱/۱۴	۱۷
پیش‌آزمون تاب‌آوری	آزمایش	۴۹/۳۷ ± ۲/۴۴	۱۶
	شاهد	۵۱/۸۲ ± ۴/۱۷	۱۷
پس‌آزمون تاب‌آوری	آزمایش	۶۴/۰۶ ± ۵/۰۷	۱۶
	شاهد	۵۳/۷۰ ± ۴/۲۶	۱۷

به منظور تحلیل داده‌ها و کنترل اثر پیش‌آزمون بر تفاوت بین دو گروه در نمرات پس‌آزمون، از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید. در آغاز پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت و پس از اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها، فرضیات پژوهش بررسی شد. آزمون Kolmogorov-Smirnov فرض نرمال بودن متغیرها در پژوهش را تأیید کرد ($P > ۰/۰۵۰$). نتایج آزمون Levene نشان داد که مفروضه یکسانی واریانس‌ها برقرار است ($P > ۰/۰۵۰$، $F_{۱,۳۱} = ۲/۳۰$ و $P > ۰/۰۵۰$، $F_{۱,۲۹} = ۲/۲۵$) و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره را توجیه می‌کند. همچنین، آزمون Box's M با مقدار $F = ۳/۸۱$ و $F = ۱/۱۸$ معنی‌دار نشد که برابری ماتریس کواریانس‌ها را برای متغیرهای پژوهش تأیید می‌کند. جهت بررسی همگنی ضرایب رگرسیون (همگنی شیب)، از آزمون F تعامل بین متغیر کمکی و متغیر مستقل استفاده شد که نتایج دال بر معنی‌دار نبودن تعامل می‌باشد ($P > ۰/۰۵۰$، $F = ۲/۵۰$). شاخص Wilks' lambda و Pillai's trace نیز در آزمون اثرات تحلیل کواریانس چند متغیره در جدول ۳ گزارش شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، شاخص Wilks' lambda و دیگر شاخص‌های تحلیل واریانس معنی‌دار بود. جدول ۴ مشخص می‌کند که سطوح معنی‌داری برای مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد.

پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره انجام شد. بر اساس داده‌های جدول ۴، خلاصه تحلیل کواریانس بیانگر آن است که مداخله درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر تأثیر معنی‌داری در افزایش عزت نفس دارد (۰/۴۱ = ضریب اتا، ۰/۰۰۱ = P، ۲۰/۶۰ = F). بنابراین، با ۰/۹۹ اطمینان می‌توان گفت که مداخله درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر منجر به افزایش عزت نفس در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است و ۴۱ درصد از واریانس عزت نفس را تبیین می‌کند. همچنین، نتایج جدول ۴ نشان داد که اثر مداخله‌ای درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر در مقایسه با گروه شاهد در افزایش تاب‌آوری افراد معنی‌دار بود (۰/۶۰ = ضریب اتا، ۰/۰۰۱ = P، ۴۴/۶۸ = F). با توجه به میانگین‌های مشاهده شده، می‌توان گفت که مداخله درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر در مقایسه با گروه بدون مداخله، منجر به افزایش تاب‌آوری شده است و ۶۰ درصد از واریانس تاب‌آوری را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و عزت نفس دانش‌آموزان متوسطه اول با علایم افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که این مداخله بر تاب‌آوری و عزت نفس دانش‌آموزان در مقایسه با گروه بدون مداخله مؤثر می‌باشد که با نتایج بیشتر مطالعات در این زمینه (۲۸، ۲۷، ۱۷، ۹) همخوانی دارد. این تحقیقات به وضوح آشکار کردند که درمان‌های مثبت‌نگر می‌تواند عملکرد کلی و احساس رضایت فرد را ارتقا دهد؛ به این معنی که دانش‌آموزان مورد بررسی توانستند سازگاری خود را با رویدادهای استرس‌زا تقویت کنند و مقابله مؤثر و سازگارانه‌ای با شرایط نامطلوب زندگی داشته باشند.

جدول ۳. آزمون اثرات چند متغیره

اثر	مقدار	آماره F	فرضیه خطا	درجه آزادی خطا	مقدار P	ضریب اتا
Pillai's trace	۰/۶۳	۲۴/۵۱	۲	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳
Wilks' lambda	۰/۳۶	۲۴/۵۱	۲	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳
Hotelling's Trace	۱/۷۵	۲۴/۵۱	۲	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳
Roy's Largest Root	۱/۷۵	۲۴/۵۱	۲	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.7.3]

http://rbs.mui.ac.ir

جدول ٤. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	ضریب اتا
پس‌آزمون عزت نفس	۳۸/۳۰	۱	۳۸/۳۰	۲۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱
پس‌آزمون تاب‌آوری	۹۳۲/۷۴	۱	۹۳۲/۷۴	۴۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰

همچنین، دانش‌آموزان دارای علایم افسردگی که تحت تأثیر این نوع مداخلات قرار گرفتند، توانستند قضاوت فردی از ارزش خود را ارتقا دهند و درباره ارزش کلی نسبت به خود احساسات مثبتی داشته باشند.

پژوهش حاضر آشکار کرد که درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند تأثیر مطلوبی بر تقویت تاب‌آوری افراد داشته باشد؛ به این معنی که افراد تحت این نوع مداخله می‌توانند سازگاری خود را با استرس تقویت نمایند و با تغییرات نامساعد زندگی بهتر کنار بیایند و توان بازگشت به حالت اولیه را پس از مشکلات داشته باشند. همچنین، افراد امید خود را به هنگام شکست از دست نمی‌دهند و احساسات ناخوشایند خود همچون غم، ترس و خشم را بهتر کنترل کنند. افراد دارای تاب‌آوری پایین، به جای این که خود را برای مقابله مؤثر و سازگارانه با مشکلات زندگی‌شان توانمند سازند، اغلب عقایدی منفی را درباره خودشان پرورش می‌دهند و به اعمالی روی می‌آورند که سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۲۹). عدم تاب‌آوری در نوجوانی با مشکلاتی مانند درونی‌سازی، تکانش‌پذیری و کنترل واکنشی ضعیف همراه است (۳۰). بر مقابل، تاب‌آوری بالا فرد را در مقابل الگوهای رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی و هیجانات منفی محافظت می‌کند. سطح بالای تاب‌آوری بیانگر سطح پایین رشد مشکلات رفتاری مانند اختلال سلوک و افسردگی است (۳۱، ۱۶).

گسترش و تقویت تاب‌آوری در نوجوانی می‌تواند تأثیرات مثبتی داشته باشد؛ یعنی چنانچه افراد بتوانند یاد بگیرند که نظام‌های حمایتی و ویژگی‌های درونی دارند که می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با شرایط مشکل‌زا مقابله نمایند، باعث تقویت توانمندی و تاب‌آوری افراد می‌شود. مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر می‌تواند در زندگی شخص استفاده گردد و فرد را از عوامل استرس‌زای زندگی و مشکلات سلامت روان و یا مشکلات مصرف مواد محافظت کند. درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر این عقیده است که توانایی‌ها، نقاط قوت و منابع مراجع در کمک به ایجاد تغییرات در فرد مهم می‌باشد. درمانگران تلاش می‌کنند تا از مراجعان حمایت کنند تا با افزایش خودکارامدی و عزت نفس خود، تاب‌آوری طولانی مدت را در خود پرورش دهند (۱۴، ۱۱، ۱۰). مهم‌ترین اهداف درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر، افزایش تاب‌آوری طولانی مدت، کیفیت زندگی و دیگر سازه‌های مثبت افراد است. این درمان بر توانایی‌های سازگاری، قابلیت‌ها و منابع و نقاط قوت شخصی تأکید می‌کند که در کمک به ایجاد تغییر در مراجع اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۲، ۱۱). نظریه بسط و گسترش هیجانات مثبت پیشنهاد می‌کند که هیجانات منفی، آمادگی‌های عمل و تفکر افراد را محدود می‌نماید؛ در حالی که هیجانات مثبت، توجه ما را گسترش می‌دهد و افکار و اعمال ابتکاری، متنوع و اکتشافی افراد را تقویت می‌کند (۳۲). تکنیک‌ها و پرسش‌هایی که در درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر استفاده می‌شود، می‌تواند به گسترش نظم فکری افراد کمک کند. استفاده از تصویرسازی ذهنی و استعاره‌ها، استفاده از سؤالات احوال‌پرسی و خوش‌آمدگویی، استفاده از سؤالات مبتنی بر شایستگی‌ها و نقاط قوت، هیجانات مثبت را افزایش می‌دهد و تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر ایجاد و گسترش مفاهیم و اعمال افراد دارد (۱۲، ۱۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند بر تقویت عزت نفس دانش‌آموزان تأثیر مطلوبی داشته باشد. بدین ترتیب، دانش‌آموزانی که تحت مداخله درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر قرار گرفتند، احساس ارزش مثبت از خود بیشتری داشتند، کارهایشان را به خوبی اغلب مردم انجام می‌دهند، نگرش مثبتی نسبت به خود دارند و به طور کلی، رضایت از خود تقویت شده‌ای را از خود گزارش می‌کنند. عزت نفس، تصور از خود را ایجاد می‌کند (۳۳) و عزت نفس پایین نمودهای بسیار متفاوتی مانند اجتناب، افسردگی و اعتماد به نفس پایین را به همراه دارد. تحقیقات نشان داده است که تعاملات و اظهارنظرهای مثبت توسط دیگران می‌تواند عزت نفس افراد را تقویت کند و تعاملات و اظهارنظرهای منفی می‌تواند منجر به کاهش عزت نفس در افراد شود (۳۳). در درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر، از مراجعان دعوت می‌شود تا شواهدی را که با افکار و باورهای مثبت شخصی‌شان مرتبط می‌باشد، جمع‌آوری کنند. زمانی که افراد به افکار و باورهای مثبت توجه می‌کنند، شانس این که شواهدی را برای این افکار و باورهای مثبت بیابند، بیشتر می‌شود. رفتار درمانی- شناختی مثبت‌نگر با ایجاد فضایی برای اظهارنظرهای مثبت، تقویت مثبت‌نگری درباره خود، برجسته کردن نقاط قوت و توانمندی‌های افراد و تشویق افراد برای تقویت این ویژگی‌های مثبت و توانایی‌ها، می‌تواند عزت نفس افراد را تقویت نماید و باعث احساس رضایت شخصی و درونی بیشتر در افراد گردد (۱۴، ۱۱، ۱۰).

به نظر می‌رسد که درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر، با تلفیق دو رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر و رویکرد راه‌حل محور با CBT و با تأکید بر نقاط قوت و توانمندی‌های افراد، می‌تواند تأثیر مثبتی بر تاب‌آوری و عزت نفس افراد داشته باشد. این رویکرد مداخله‌ای با توجه به تمرکزی که بر شکوفایی و سلامت روان دارد و اتخاذ مؤثرترین مداخلات، می‌تواند چشم‌انداز مثبتی در آینده مداخلات روان‌شناسی داشته باشد. انجام پژوهش‌های بیشتر در راستای اثربخشی این نوع مداخلات در گروه‌های هدف متنوع ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری روان‌شناسی با شماره ۹۸/۹۶/۱۱۱۲۹، مصوب دانشگاه سمنان می‌باشد. بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H-U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. Int J Methods Psychiatr Res 2012; 21(3): 169-84.
2. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.7.3]

Popul Health Metr 2009; 7: 9.
3. Richards DA, Ekers D, McMillan D, Taylor RS, Byford S, Warren FC, et al. Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. The Lancet 2016; 388(10047): 871-80.
4. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11): e442.
5. Pratt LA, Brody DJ. Depression in the United States household population, 2005-2006. NCHS Data Brief 2008; (7): 1-8.
6. Richards D. Prevalence and clinical course of depression: A review. Clin Psychol Rev 2011; 31(7): 1117-25.
7. Dunn BD. Helping depressed clients reconnect to positive emotion experience: Current insights and future directions. Clin Psychol Psychother 2012; 19(4): 326-40.
8. Bannink FP. Practicing positive CBT from reducing distress to building success. Trans. Khamse A. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2016. [In Persian].
9. Chaves C, Lopez-Gomez I, Hervas G, Vazquez C. A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. Cognit Ther Res 2017; 41(3): 417-33.
10. Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. Clin Psychol Psychother 2012; 19(4): 283-90.
11. Prasko J, Hruby R, Holubova M, Latalova K, Vyskocilova J, Slepecky M, et al. Positive cognitive behavioral therapy. Activitas Nervosa Superior Rediviva 2016; 58(1): 23-32.
12. Bannink FP. Positive CBT: From reducing distress to building success. J Contemp Psychother 2014; 44(1): 1-8.
13. Seligman ME. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. New York, NY: Simon and Schuster; 2011.
14. Bannink FP. Are you ready for positive cognitive behavioral therapy?. The Journal of Happiness & Well-Being 2013; 1(2): 61-9.
15. Padesky CA. The next phase: Building positive qualities with cognitive therapy. Proceedings of the 5th International Congress of Cognitive Psychotherapy; 2006 June 13-17; Goteborg, Sweden.
16. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? Am Psychol 2004; 59(1): 20-8.
17. Asgharipoor N, Asgharnejad Farid A, Arshadi H, Sahebi A. A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. Iran J Psychiatry Behav Sci 2012; 6(2): 33-41.
18. Weir JM, Zakama A, Rao U. Developmental risk I: Depression and the developing brain. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2012; 21(2): 237-59, vii.
19. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev 1988; 8(1): 77-100.
20. Rajabi GH, Attari U, Haghighat JH. Factor analysis of beck depression inventory questionnaire on male students Shahid Chamran University of Ahvaz. Journal of Education and Psychology 2002; 8(3-4): 49-64. [In Persian].
21. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003; 18(2): 76-82.
22. Masoodi M. Investigating the factors affecting resilience in people at risk of substance abuse [Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006. [In Persian].
23. Jowkar B. The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. Contemporary Psychology 2007; 2(2): 3-12. [In Persian].
24. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
25. Silber E, Tippett JS. Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. Psychol Rep 1965; 16(3, Pt. 2): 1017-71.
26. Ahadi B. Relationship between loneliness and self-esteem with students' attachment styles. Journal of Psychological Studies 2009; 5(1): 95-112.
27. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. BMC Public Health 2013; 13: 119.
28. Grant AM, O'Connor SA. The differential effects of solution-focused and problem-focused coaching questions: A pilot study with implications for practice. Industrial and Commercial Training 2010; 42(2): 102-11.
29. Smokowski PR, Reynolds AJ, Bezruczko N. Resilience and protective factors in adolescence: An autobiographical perspective from disadvantaged youth. J Sch Psychol 1999; 37(4): 425-48.
30. Martel MM, Nigg JT, Wong MM, Fitzgerald HE, Jester JM, Puttler LI, et al. Childhood and adolescent resiliency, regulation, and executive functioning in relation to adolescent problems and competence in a high-risk sample. Dev Psychopathol 2007; 19(2): 541-63.
31. Shannon KE, Beauchaine TP, Brenner SL, Neuhaus E, Gatzke-Kopp L. Familial and temperamental predictors of resilience in children at risk for conduct disorder and depression. Dev Psychopathol 2007; 19(3): 701-27.
32. Fredrickson B. Positivity. New York, NY: Crown Publishers; 2009.
33. Smedema SM, Catalano D, Ebener DJ. The relationship of coping, self-worth, and subjective well-being: A structural equation model. Rehabil Couns Bull 2016; 53(3): 131-42.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.7.3]

The Effectiveness of Positive Cognitive Behavioral Therapy on Self-Esteem and Resilience among the Adolescents with Depression Signs

Ali Beygi[1], Mahmoud Najafi[2], Mohammad Ali Mohammadyfar[2], Abbas Abdollahi[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Positive cognitive behavioral therapy (CBT) is a new approach in psychotherapy that combines cognitive behavioral therapy with positive psychology and solution-focused therapy. The purpose of this study was to determine the effectiveness of positive cognitive behavioral therapy on resilience and self-esteem among the adolescents with depression signs.

Methods and Materials: This was a semi-experimental study with pretest/posttests design, and with control group. Beck's Depression Inventory (BDI) was administered among the students in first grade of 5 randomly-selected high schools. Among the students who had scores upper than cut-off point of depression, and with consideration of inclusion and exclusion criteria, 34 students were selected, and randomly divided into two equal groups of control and experimental. Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), and Rosenberg self-esteem scale (RSES) were administered among the selected sample as pretest. Positive cognitive behavioral therapy was performed in experimental group, and again, the questionnaires were administered among the participants as posttest.

Findings: Positive cognitive behavioral therapy significantly increased students' scores of resilience and self-esteem in experimental group compared to control group.

Conclusions: It seems that positive cognitive behavioral therapy can be applied as an effective approach for enhancing positive function components in adolescents with depression signs; further researches on this topic are recommended.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Self-esteem, Resilience, Depression, Adolescent

Citation: Beygi A, Najafi M, Mohammadyfar MA, Abdollahi A. **The Effectiveness of Positive Cognitive Behavioral Therapy on Self-Esteem and Resilience among the Adolescents with Depression Signs.** J Res Behav Sci 2018; 16(1): 47-53.

Received: 06.11.2017 Accepted: 08.02.2018 Published: 04.04.2018

1- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
3- PhD, Department of Counseling and Advising, School of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran
Corresponding Author: Mahmoud Najafi, Email: m_najafi@semnan.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.7.3]