

# اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر بهبود عزت نفس و خوداثرمندی دانشجویان

تکتم کاظمینی<sup>۱</sup>

محسن رجبی<sup>۲</sup>

## چکیده

هدف: در پژوهش حاضر اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در بهبود عزت نفس و خوداثرمندی دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. روش: برای انجام این پژوهش از بین دانشجویان مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی دانشگاه فردوسی و متقاضی شرکت در جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری ۲۴ نفر از افرادی که نمره عزت نفس آنان در مرحله غربالگری پایین بود، به عنوان نمونه آماری انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند؛ در هر دو گروه ۸ دانشجوی دختر و ۴ دانشجوی پسر شرکت کردند. سپس درمان شناختی- رفتاری در طی هشت جلسه (۱/۵ ساعته) و هفته‌ای یک جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای اندازه گیری پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت (۱۹۶۷) و فهرست خوداثرمندی شرر و همکاران (۱۹۸۲) بود که بر روی هر دو گروه به عنوان پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس یک متغیری (ANCOVA) استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری عزت نفس و خوداثرمندی بیشتری نشان دادند ( $p < 0/05$ ). به نظر می‌رسد گروه درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند عزت نفس و خوداثرمندی دانشجویان را ارتقاء دهد.

## واژه‌های کلیدی

درمان شناختی- رفتاری، عزت نفس، خوداثرمندی، دانشجویان

<sup>۱</sup>- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه پیام نور واحد فریمان. E-mail: tkazemeini@gmail.com

<sup>۲</sup>- کارشناس ارشد روان شناسی عمومی

## مقدمه

عزت نفس (Self-esteem) از نظر بهداشت روانی و تعادل شخصیت دارای اهمیت فراوانی است. آبراهام مزلو عزت نفس را یکی از نیازهای اساسی انسان به شمار می‌آورد و در هرم نیازهای انسان بعد از نیازهای فیزیولوژیک و نیاز به ایمنی و نیاز به عشق و تعلق، نیاز به عزت نفس را مطرح می‌کند. عزت نفس پایین، تعادل و پویایی انسان را بر هم زده، بازدهی، کارآمدی، یادگیری و خلاقیت انسان را به طریقی منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد و همراه با بیم و وحشت است (پروین، ۱۳۷۶). برعکس عزت نفس بالا با راهبردهای مقابله‌ای مثبت و سازنده، انگیزش بالا و حالات عاطفی مثبت رابطه دارد (شاپ و کولپند، ۱۹۹۳). منظور از اصطلاح عزت نفس عمدتاً ارزشیابی ذهنی است مبنی بر این که شخص با ارزش است یا برعکس شخصی است بد، ناشایست یا بی ارزش، بنابراین عزت نفس قسمت ارزشیابانه خودپنداره است (بیابانگر، ۱۳۸۰). پژوهش‌های کوپر اسمیت (۱۹۶۷) همبستگی بالایی را بین دو سازه عزت نفس و خودارزشمندی (Self-efficacy) نشان داده‌اند. در واقع داشتن عزت نفس بالا برای یک خودارزشمندی سالم و قوی ضروری است (مک فارلند، ۱۹۸۸). بندورا خودارزشمندی را در تئوری شناختی اجتماعی خود به عنوان یک مفهوم مرکزی ارائه داده است که به ادراک توانایی‌ها برای انجام دادن عملی که مطابق میل است، اشاره می‌کند (موریس، ۲۰۰۲؛ بندورا، ۲۰۰۵). افراد با خودارزشمندی پایین از هر کنشی که به باور آنها فراتر از توانایی شان باشد، پرهیز می‌کنند. از سویی دیگر، احساس خودارزشمندی نیرومند عملکرد و بهزیستی فرد را افزایش می‌دهد (لاک و لاتام، ۱۹۹۰؛ بندورا، ۱۹۹۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین افکار غیرمنطقی و عزت نفس پایین همبستگی معناداری وجود دارد (بدنر و پترسون، ۱۹۸۶؛ طباطبایی و همکاران، ۱۳۷۵). شناخت‌های معیوب مانند اسنادها، طرح واره‌ها، اغراق در توجه منفی به خود، عزت نفس فرد را پایین می‌آورند (وود، ۱۳۷۹). ساکو و بک (۱۹۸۵) نیز مجموعه‌ای از تحریف‌ها را که در توصیف خود یا افکار به وجود آمده و در ایجاد عزت نفس پایین نقش دارند، فهرست کردند این تحریف‌ها شامل تفکر دو قطبی، تعمیم مبالغه آمیز، فیلتر ذهنی، ذهن خوانی، درشت‌نمایی، بایدها، استدلال احساسی، برجسب زدن، شخصی سازی و بی توجهی به امر مثبت می‌باشد. لذا یکی از راه‌هایی که تغییر و افزایش عزت نفس استفاده از رویکرد شناختی جهت شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی است (بیابانگرد، ۱۳۷۳). به اعتقاد پوپ (۱۹۸۸) نیز افزایش عزت نفس با بهبود یک یا چند بعد در درون فرد همراه است. وی معتقد است که می‌توانیم

به طور غیرمستقیم و با تغییر یک یا چند متغیر شخصی (رفتار، شناخت، هیجان یا فیزیولوژی) بر عزت نفس تأثیر بگذاریم (آتش پور، ۱۳۸۳).

هرچند روانشناسان توانسته‌اند با استفاده از اصول رویکرد شناختی موفقیت‌های زیادی در مشاوره و روان درمانی کسب کنند، اما تلفیق دو رویکرد شناختی و رفتاری می‌تواند تأثیرهای سریعتر و عمیق‌تری را در مراجعان ایجاد کند. از طریق تلفیق این دو رویکرد بسیاری از نقص‌های موجود در هر یک برطرف شده و روشی کامل‌تر و کاربردی‌تر به وجود آمده است (صاحبی، ۱۳۸۳). رفتاردرمانی شناختی درمانی سازمان یافته و جهت بخش است. مسأله مدار و معطوف به عوامل تداوم بخش مشکلات می‌باشد. بیمار را به عنوان کسی که نقشی برابر در درمان دارد می‌نگرد؛ از لحاظ زمانی کوتاه و محدود است و در آن سعی می‌شود به بیمار کمک شود تا در خود مهارت‌های خودیاری مستقلی پدید آورد. متکی بر فرآیند سؤال و کشف راهبردی شده است. روشی منطقی است که در آن بیمار فرا می‌گیرد افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید اعتبارشان آزموده شود، بنگرد. یک رویکرد آموزشی است که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود (خجسته، ۱۳۸۱).

وارن و همکارانش در ۱۹۸۸ در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان شناختی بر افزایش عزت نفس پرداختند. آن‌ها ۳۳ داوطلب را به سه گروه تقسیم کرده، آن‌ها را در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار دادند؛ در مورد هر دو گروه آزمایش درمان‌های عقلانی-هیجانی و رفتاری-شناختی انجام دادند. نتیجه این بود که عزت نفس در هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش یافته بود و این تغییر در گروه شناختی-رفتاری بیش از گروه عقلانی-هیجانی بود (به نقل از بروین، ۱۹۹۶). گاترین، پلرین و ورناد در سال ۱۹۸۳ دو راهبرد شناختی متفاوت که برای افزایش عزت نفس طراحی شده بود را ارزیابی کردند، در مورد یک گروه بازسازی شناختی به کار رفت که در آن، افراد برای شناسایی عقاید خود تحقیر کننده و اصلاح آنها با افکار درست و تأیید کننده آموزش داده شدند. گروه دیگر برای تمرکز بر جنبه‌های مثبت خودشان و مرور آنها آموزش دیدند. نتایج نشان داد که هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل تقریباً به طور یکسان از روند آموزشی بهره بردند (بدنر و پترسون، ۱۹۹۶)

تیلور و مونتگومری (۲۰۰۷) در یک بررسی سیستماتیک کارآیی درمان شناختی-رفتاری را در بهبود عزت نفس نوجوانان افسرده ۱۳ تا ۱۸ سال ارزیابی کردند. نتایج نشان داد که

درمان شناختی- رفتاری می‌تواند درمان مؤثری در افزایش عزت نفس کلی و عزت نفس تحصیلی باشد.

اوئستریچ و همکارانش (۲۰۰۷) در پژوهشی کاربرد عملی و بالینی یک مداخله شناختی رفتاری را برای عزت نفس پایین در جمعیتی از بیماران بستری با تشخیص دوگانه اسکیزوفرنی و سوء مصرف مواد بررسی کردند. نمونه کوچکی از بیماران بستری با تشخیص دوگانه (۲۳ نفر) طی یک دوره لیست انتظار یک ماهه برای اطمینان از وجود عزت نفس پایین، آسیب شناسی و سوء مصرف مواد، قبل از شروع مداخله ۸ جلسه‌ای غربالگری شدند. نتایج افزایش معناداری در میزان عزت نفس و کاهش معناداری در نشانه‌های افسردگی و آسیب شناسی مربوط به اسکیزوفرنی نشان داد. همچنین این بهبود پس از ۳ ماه پیگیری ادامه داشت.

نتایج مطالعه درمان شناختی- رفتاری عزت نفس پایین در بیماران سایکوتیک نیز نشان داد که این درمان که به عنوان یک درمان الحاقی برای عزت نفس استفاده شد، باعث افزایش عزت نفس، کاهش آسیب شناسی روان پریشی و عملکرد اجتماعی بهتر شد (هال و تریر، ۲۰۰۳).

نایت، ویکز و هابوارد (۲۰۰۶) در مداخله‌ای تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری را در افراد اسکیزوفرن که به خاطر بیماری خود احساس ننگ و بدنامی می‌کردند و از عزت نفس پایین رنج می‌بردند، مورد ارزیابی قرار دادند. آنان از یک طرح کنترل لیست انتظار با اندازه گیری‌های مکرر استفاده کردند. ارزیابی‌ها در چهار زمان انجام شد که شامل یک دوره لیست انتظار، یک دوره درمان و یک دوره پیگیری بود. تمام شرکت کنندگان (۲۱ نفر) یک دوره گروه درمانی شناختی رفتاری متمرکز بر احساس بدنامی و عزت نفس را گذراندند. پس از درمان، عزت نفس آنان به طور معناداری بهبود یافت. میزان افسردگی و علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و میزان آسیب شناسی عمومی آنها به طور معناداری کاهش یافت.

اما، مک مانوس، ویت و شافران (۲۰۰۹) در یک مطالعه موردی بررسی کارآیی درمان شناختی- رفتاری در عزت نفس پایین، به ارزیابی، فرمول بندی و درمان نشانه‌های عزت نفس پایین، افسردگی و اضطراب یک بیمار پرداختند. در پایان درمان (۱۲ جلسه، طی ۶ ماه) و یک سال پیگیری، درمان در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و عزت نفس، اندازه اثر بزرگی نشان داد. هیون، چانگ ولی (۲۰۰۵) تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری را بر عزت نفس، افسردگی و خوداثرمندی نوجوانان فراری ساکن در یک اقامتگاه در شهر سئول کره

جنوبی بررسی کردند. گروه آزمایش شامل یک دوره ۸ جلسه‌ای در ۸ هفته بود؛ اعضای گروه کنترل در برنامه شرکت نکردند. پس از مداخله در گروه آزمایش نمرات افسردگی به طور معناداری کاهش و نمرات خودآزمندی به طور معناداری افزایش یافت. در نمرات عزت نفس تغییر معناداری مشاهده نشد. و در گروه کنترل تغییری در نمرات افسردگی، عزت نفس و خودآزمندی مشاهده نشد.

در ایران، امامی، فاتحی زاده و عابدی (۱۳۸۵) در مقایسه اثربخشی دو شیوه شناختی- رفتاری و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش آموزان دریافتند که آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس دانش آموزان دختر را به طور مؤثری افزایش می‌دهد و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش آموزان پسر مؤثر است. همچنین زاده محمدی، عابدی و خانجانی (۱۳۸۷) نشان دادند که هنر روان درمانگری شناختی- رفتاری می‌تواند عزت نفس و خودآزمندی نوجوانان پسر ۱۴ تا ۱۶ سال بی سرپرست و بدسرپرست ساکن در یک مرکز شبانه روزی را افزایش دهد. با توجه به نقش برجسته عزت نفس و خودآزمندی در سلامت روان و بهزیستی افراد و بالاخص دانشجویان، این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش است که آیا گروه درمان شناختی- رفتاری بر بهبود عزت نفس و خودآزمندی دانشجویان مؤثر است؟

## روش

این پژوهش نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه دانشجویان مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد در فروردین ماه ۱۳۸۷ که متقاضی شرکت در جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری بودند. از میان مراجعه کنندگان با اجرای آزمون عزت نفس کوپراسمیت و بر اساس نتیجه و قابل اعتماد بودن آن با توجه به پاسخ به سؤال‌های دروغ سنج، دانشجویان به دو گروه عزت نفس بالا و عزت نفس پایین تقسیم شده و از بین افراد گروه عزت نفس پایین با توجه به توانایی و امکان حضور افراد در جلسات گروه درمانی، ۲۴ نفر انتخاب شده و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۷ دانشجوی دختر و ۵ دانشجوی پسر گمارده شدند. لازم بذکر است که در طی پژوهش در هر دو گروه آزمایش و کنترل یک نفر ریزش (دانشجوی دختر) وجود داشت. این افراد ارتباطشان با پژوهش قطع شد و در نتیجه انجام پس آزمون برای آنان امکان پذیر نبود. لذا تعداد افرادی که نمراتشان در تحلیل‌ها وارد شد ۲۲ نفر می‌باشد.

## ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از مقیاس‌های زیر استفاده شد:

**آزمون عزت نفس کوپر اسمیت:** کوپراسمیت (۱۹۶۷) مقیاس عزت نفس خود را بر اساس تجدید نظری که بر روی مقیاس راجر و دیموند (۱۹۵۴) انجام داد تهیه و تدوین کرد. آزمون عزت نفس کوپر اسمیت دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج هستند. اگر پاسخ دهنده از ۸ ماده دروغ سنج بیش از ۴ نمره بیاورد بدان معنی است که نتیجه آزمون قابل اعتماد نیست و آزمودنی سعی کرده است خود را بهتر از آنچه هست جلوه دهد. در مجموع ۵۰ ماده آن به ۴ خرده مقیاس (عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس تحصیلی) تقسیم شده است. شیوه نمره‌گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است و حداقل نمره‌ای که یک فرد می‌تواند بگیرد صفر و حداکثر ۵۰ خواهد بود. نیسی (۱۳۶۳) این پرسشنامه را نخست ترجمه و میزان روایی آزمون را از طریق همبستگی میان نمره‌های این آزمون را با معدل سال آخر دانش آموزان بدست آورد که برای پسران ۰/۹۶٪ و برای دختران ۰/۷۱٪ بود؛ میزان پایایی نیز با روش آزمون-باز آزمون برای پسران ۰/۹۰٪ و برای دختران ۰/۹۲٪ محاسبه کرد (به نقل از نصری، ۱۳۸۳).

**فهرست خود اثرمندی (شرر و همکاران، ۱۹۸۲):** میزان کارآمدی و قابلیت اعتماد به توانایی خود را می‌سنجد. این فهرست ۱۷ ماده دارد که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود. پایین ترین نمره ۱۷ و بالاترین نمره ۸۵ است. همسانی درونی این فهرست با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ است. ضریب اعتبار آن در پژوهش بختیاری براتی (۱۳۷۶) ۰/۷۹، عبدی نیا (۱۳۷۷) ۰/۸۵ و در پژوهش اعرابیان، خداپناهی، حیدری و صالح صدق پور (۱۳۸۳) ۰/۹۱ به دست آمده است. برای سنجش اعتبار سازه‌ای مقیاس خوداثرمندی، امتیازات به دست آمده باندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی همبسته شده است. این اندازه‌های شخصیتی در برگیرنده مقیاس کنترل درونی - بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس IE (گوری و لائودتینی)، مقیاس درجه اجتماعی (مارلو - کراون) و شایستگی بین فردی (روزنبرگ) می‌باشد (به نقل از مقیمی فام، ۱۳۷۹).

## روش اجرا

شیوه اجرا به این ترتیب بود که ابتدا از همه افراد اعم از گروه آزمایش و گروه کنترل پیش آزمون (پرسشنامه‌های عزت نفس و خوداثرمندی) به عمل آمد. بعد از اجرای پیش آزمون، گروه

آزمایش در معرض متغیر مستقل (گروه درمانی شناختی- رفتاری) قرار گرفت، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت. جلسات گروه درمانی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته بود که دراتاق گروه درمانی کلینیک روانشناسی دانشگاه فردوسی تشکیل شد. در پایان اجرای مداخله مجدداً از آزمودنی‌های هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از جلسات درمان آمده است. رویکردی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، گروه درمانی شناختی- رفتاری بر اساس راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی اثر مایکل فری (۱۳۸۲) است.

**جدول ۱- محتوای ارائه شده در جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری**

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفه، آشنایی با قوانین و اهداف گروه، بیان هدف جلسه، آگاهی از ماهیت تعاملی سه سیستم تفکر، رفتار و فیزیولوژی، آشنایی با فرآیند A-B-C، تمثیل قدیس و تمثیل چمدان، ارائه تکلیف
دوم	مرور تکالیف، بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل و بحث در مورد آنها، آگاهی اعضا از ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی هیجان، آشنایی اعضا با تحریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی عمده و توانایی آنها در شناسایی این خطاهای فکری، ارائه تکلیف
سوم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، آشنایی اعضای گروه با مثلث شناختی منفی و خطای منطقی عمده، باورها و خطاهای منطقی اعضای گروه، ارائه تکلیف
چهارم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، آموزش به اعضا درباره ماهیت طرحواره‌ها (باورهای اصلی، طرحواره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خود آیند و همچنین شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی، ارائه تکلیف
پنجم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، مرور پیکان عمودی، آشنایی پیکان عمودی پیشرفته و انواع باورها، ارائه تکلیف
ششم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، نقشه‌های شناختی، درجه بندی واحدهای ناراحتی ذهنی(SUD)، ارائه تکلیف
هفتم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی، تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی باورها، ارائه تکلیف
هشتم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، روش تحلیل منطقی باورها، روش‌هایی برای تغییر باورهای منفی، دریافت بازخورد از اعضا درباره برنامه درمانی و فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به برنامه گروه درمانی

## یافته‌ها

در این پژوهش در هر دو گروه آزمایش و کنترل ۷ دانشجوی دختر و ۵ دانشجوی پسر حضور داشتند. میانگین سن دختران  $21/35 \pm 1/73$  و میانگین سن پسران  $21/25 \pm 2/25$

بود. تمام آزمودنی‌ها دانشجوی مقطع کارشناسی بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مقیاس عزت نفس و فهرست خوداثرمندی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- مشخصه‌های آماری مقیاس عزت نفس در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها

عزت نفس			
پس آزمون	پیش آزمون		
۴۰/۹۰	۳۴/۱۸	میانگین	آزمایش
۵/۲۳	۶/۶۴	انحراف استاندارد	
۳۳/۲۷	۳۳/۵۴	میانگین	کنترل
۶/۵۵	۷/۶۲	انحراف استاندارد	

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در متغیر عزت نفس میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات پیش آزمون آن است. اما در گروه کنترل، میانگین نمرات پس آزمون کمتر از پیش آزمون است. البته تفاوت نمرات پیش آزمون مقیاس عزت نفس در گروه آزمایش و کنترل نیز با آزمون  $t$  محاسبه شد و تفاوت معناداری بین نمرات مشاهده نشد.

جدول ۳: مشخصه‌های آماری فهرست خوداثرمندی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها

خوداثرمندی			
پس آزمون	پیش آزمون		
۴۶/۶۳	۳۲/۱۸	میانگین	آزمایش
۶/۰۲	۴/۰۶	انحراف استاندارد	
۳۱/۸۱	۳۰/۷۲	میانگین	کنترل
۶/۶۳	۵/۴۲	انحراف استاندارد	

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در متغیر خوداثرمندی نمرات پس آزمون گروه آزمایش بیشتر از پیش آزمون آن است. در گروه کنترل نیز نمرات پس آزمون بیشتر از پیش آزمون است. البته تفاوت نمرات پیش آزمون فهرست خوداثرمندی در گروه آزمایش و کنترل نیز با آزمون  $t$  محاسبه شد و تفاوت معناداری بین نمرات مشاهده نشد. به منظور بررسی معناداری تفاوت عزت نفس و خوداثرمندی دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس



آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحلیل‌ها اثر سن و پیش‌آزمون بر پس‌آزمون کنترل گردید. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری (ANCOVA) تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر میزان عزت نفس و خوداثربندی دانشجویان در مرحله پس‌آزمون به ترتیب در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری در نمره عزت نفس

توان آماری	ضریب تأثیر	معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۰/۰۱۴	۰/۱۲۶	۱	۰/۱۲۶	سن
۱/۰۰	۰/۷۶	۰/۰۰	۵۸/۱۵۸	۵۳۳/۴۵۳	۱	۵۳۳/۴۵۳	پیش‌آزمون
۰/۹۹	۰/۶۲	۰/۰۰	۳۰/۵۱۸	۲۷۹/۹۲۵	۱	۲۷۹/۹۲۵	گروه

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین عزت نفس گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون معنادار است ( $p < ۰/۰۵$ ). به عبارت دیگر با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، گروه درمانی شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون میزان عزت نفس گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش داده است. میزان تأثیر مداخله درمانی بر عزت نفس گروه آزمایش ۰/۶۲ بود. یعنی ۰/۶۲ واریانس نمرات عزت نفس گروه آزمایش مربوط به تأثیر گروه است. توان آماری ۰/۹۹ حاکی از دقت آماری بالا در آزمون فرضیه است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری در نمره خوداثربندی

توان آماری	ضریب تأثیر	معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۰۵	۰/۰۰۴	۰/۷۸	۰/۰۷۷	۰/۵۵۳	۱	۰/۵۵۳	سن
۱/۰۰	۰/۷۹	۰/۰۰	۶۹/۷۱۵	۴۹۹/۵۹۶	۱	۴۹۹/۵۹۶	پیش‌آزمون
۱/۰۰	۰/۸۷	۰/۰۰	۱۲۵/۴۱۴	۸۹۸/۷۵۸	۱	۸۹۸/۷۵۸	گروه

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین خوداثربندی گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون معنادار است ( $p < ۰/۰۵$ ). به عبارت دیگر با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، گروه درمانی شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون میزان خوداثربندی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش داده است. میزان تأثیر مداخله درمانی بر خوداثربندی گروه آزمایش ۰/۸۷ بود. یعنی ۰/۸۷ واریانس نمرات خوداثربندی گروه آزمایش مربوط به تأثیر گروه است. توان آماری ۱ حاکی از دقت آماری بالا در آزمون فرضیه است.

## بحث

از یافته‌های پژوهش حاضر چنین بر می‌آید که درمان شناختی- رفتاری بر بهبود عزت نفس و خوداثرمندی دانشجویان تأثیر معناداری داشته است. اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در افزایش عزت نفس با نتایج پژوهش‌های وارن و همکارانش (۱۹۸۸)، تیلور و مونتگومری (۲۰۰۷)، اوئستریچ و همکارانش (۲۰۰۷)، هال و تریر (۲۰۰۳)، نایت، ویکز و هایوارد (۲۰۰۶)، امامی، فاتحی زاده و عابدی (۱۳۸۵)، زاده محمدی، عابدی و خانجانی (۱۳۸۷) همسو است. با این که زاده محمدی، عابدی و خانجانی در پژوهش خود از هنر درمانی شناختی- رفتاری استفاده کردند که در اغلب شیوه‌ها و فنون شناختی و اساس درمان با درمان شناختی- رفتاری مورد استفاده در این پژوهش شباهت‌هایی دارد. همچنین مطالعه موردی مک مانوس، ویت و شافران (۲۰۰۹) در بررسی کارآیی درمان شناختی- رفتاری در عزت نفس پایین، بر روی یک بیمار با علائم عزت نفس پایین، افسردگی و اضطراب، با یافته پژوهش حاضر هماهنگ است. گاترین، پلرین و ورناد (۱۹۸۳) نیز در ارزیابی دو راهبرد شناختی بازسازی شناختی و تمرکز بر جنبه‌های مثبت خود و مرور آن برای افزایش عزت نفس دریافتند که هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل تقریباً به طور یکسان از روند آموزشی بهره بردند و درمان شناختی در بهبود عزت نفس مؤثر است (بدنر و پترسون، ۱۹۹۶). اما هیون، چانگ و لی (۲۰۰۵) در بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و خوداثرمندی نوجوانان فراری ساکن در یک اقامتگاه در شهر سئول کره جنوبی دریافتند که پس از درمان در نمرات عزت نفس نوجوانان تغییر معناداری مشاهده نشد که این نتیجه با یافته تحقیق حاضر ناهمسو می‌باشد. بعلاوه آنان دریافتند که مداخله در گروه آزمایش نمرات خوداثرمندی نوجوانان را به طور معناداری افزایش داد. در واقع اثربخشی پژوهش فعلی در افزایش خوداثرمندی، با نتایج پژوهش‌های زاده محمدی، عابدی و خانجانی (۱۳۸۷) و هیون، چانگ و لی (۲۰۰۵) همسو می‌باشد.

امامی، فاتحی زاده و عابدی (۱۳۸۵) دریافتند که آموزش شناختی- رفتاری تنها عزت نفس دانش آموزان دختر را به طور مؤثری افزایش می‌دهد و در عزت نفس پسران تأثیر معناداری نداشته است. در صورتی که در پژوهش حاضر گروه درمانی شناختی- رفتاری در عزت نفس دانشجویان دختر و پسر مؤثر بوده است.

در تبیین چگونگی تأثیر گروه درمان شناختی- رفتاری بر افزایش میزان عزت نفس باید اشاره کرد که همچنانکه اشاره شد مهمترین منبع تأثیرگذار بر پیدایش و میزان عزت نفس مؤلفه‌های شناختی هستند. ضمن این که در این رویکرد فرض زیربنایی این است که تغییر

شناخت منجر به تغییر رفتاری و هیجانی نیز می‌شود. بنابراین با توجه به این که عزت نفس بعد عاطفی و هیجانی ارزیابی خود است، این رویکرد از طریق اصلاح و تغییر مؤلفه‌های شناختی ناکارآمدی که موجب کاهش عزت نفس می‌شوند، می‌تواند موجب تغییرات هیجانی و رفتاری شده و میزان عزت نفس را افزایش دهد. این رویکرد در ترکیب با رویکرد رفتاری و انجام تکنیک‌های آن سودمندتر و قویتر می‌شود. به عنوان مثال افراد دارای عزت نفس پایین اغلب خواسته‌های مهم خود را کوچک می‌شمارند و اهدافشان را با دیده تحقیر می‌نگرند. یکی از تکنیک‌های رفتاری که به فرد کمک می‌کند تا اهدافش را بشناسد و به آنها برسد تفکیک اهداف در زمینه‌های مختلف و برنامه ریزی گام به گام برای رسیدن به آنهاست. یابین که از طریق الگوگیری و ایفای نقش می‌تواند چگونگی برخورد با انتقاد را یاد بگیرد. لذا به نظر می‌رسد که رویکرد شناختی- رفتاری از طریق تأکید بر عوامل شناختی و رفتاری، دستکاری و اصلاح آنها می‌تواند بر عزت نفس تأثیر بگذارد. همچنین همبستگی بالای بین دو سازه عزت نفس و خوداثرمندی (کوپر اسمیت، ۱۹۶۷) باعث می‌شود که داشتن عزت نفس بالا به یک خوداثرمندی سالم و قوی منجر شود (مک فارلند، ۱۹۸۸). در واقع درمان شناختی- رفتاری می‌تواند از طریق بهبود عزت نفس فرد باعث افزایش خوداثرمندی در وی گردد.

از طرف دیگر وقتی این رویکرد به صورت گروهی اجرا شود مزیت‌های روان درمانی گروهی در مقایسه با روان درمانی انفرادی از جمله تعامل اعضا، الگوگیری و یادگیری مشاهده‌ای، همدلی، دریافت حمایت و کمک از سوی دیگر اعضای گروه، مزید بر علت گذشته و بر تأثیر این رویکرد می‌افزاید. در نهایت، تعداد کم آزمودنی‌ها (هر گروه ۱۱ نفر) و محدود بودن جلسه‌های مداخله در این پژوهش، لزوم رعایت احتیاط در تعمیم دهی نتایج را مطرح می‌کند. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های بعدی نه تنها تعداد آزمودنی‌ها و جلسه‌های درمانگری افزایش یابد بلکه به پیگیری نتایج برای بررسی وضعیت علایم تغییر یافته نیز مبادرت شود.

## منابع

### الف - فارسی

۱. آتش پور، سید حمید (۱۳۸۳). *اعتماد و خودباوری*. اصفهان، حوزه معاونت دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
۲. امامی، طاهره؛ فاتحی زاده، مریم و عابدی، محمدرضا (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو شیوه شناختی - رفتاری و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش آموزان. *دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۹، ۶۵-۷۴.
۳. اعرابیان، اقدس؛ خداپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محمود. و صالح صدق پور، بهرام (۱۳۸۳). بررسی رابطه باورهای خوداثرمندی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانش آموزان. *مجله روانشناسی*، ۳۳ (۴)، ۳۶۰-۳۷۱.
۴. بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۰). *روشهای افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
۵. بختیاری براتی، سعید (۱۳۷۶). *بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای خوداثربخشی، عزت نفس و خودیابی با عملکرد تحصیلی در دانش آموزان سال سوم نظام جدید شهر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
۶. پروین، کریس (۱۳۷۶). *بنیادهای شناختی روان شناسی بالینی*. ترجمه محمود علیلو و عباس بخشی پور. تهران: نشر روان پویا.
۷. حجت خواه، محسن (۱۳۷۵). *بررسی و مقایسه سطح اضطراب و عزت نفس در بیماران مضطرب و افراد بهنجار*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۸. صاحبی، علی (۱۳۸۳). *شناخت درمانی: گذشته، حال و آینده*. *مجله علوم روانشناختی*، ۹، ۶۶-۷۹.
۹. طباطبایی، محمود؛ طالبیان شریف، جعفر و جلالی تهرانی، محمود (۱۳۷۵). *رابطه بین ارزشمندی، تفکرات غیرمنطقی و عزت نفس در میان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد*. طرح پژوهشی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۱۰. فری، مایکل (۱۳۸۲). *شناخت درمانی گروهی*. ترجمه علی صاحبی، حسن حمید پور و زهراندوز. مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
۱۱. عبدی نیا، م (۱۳۷۷). *بررسی روابط خوداثرمندی، جهت گیری هدفی، یادگیری خودگردان، پیشرفت تحصیلی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
۱۲. مقیمی فام، پریرسا (۱۳۷۹). *بررسی رابطه خوداثربخشی با ویژگی‌های شخصیتی و اثربخشی تدریس دبیران شهر مراغه در سال تحصیلی ۷۹-۷۸*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز.
۱۳. زاده محمدی، علی؛ عابدی، علیرضا و مهدی خانجانی (۱۳۸۷). *بهبود عزت نفس و خوداثرمندی در نوجوانان*. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱۵ (۴)، ۲۴۵-۲۵۲.

## ب- انگلیسی

1. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
2. Bandura, A. (2005). The Primacy of Self regulation in health promotion transformative mainstream. *Applied Psychology and International Review*, 54, 1206-1222.
3. Bedner, R.L., & Peterson. S.R. (1996). *Self-esteem: paradox and innovations in clinical theory an practice*. Washington: American Psychology Association.
4. Brewin, C.R. (1996). Theoretical foundation of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Psychology Review*.
5. Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.
6. Hall, P.L., & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioral treatment of self- esteem in psychotic patients: a pilot study. *Journal of Behavior Rasearch and Therapy*, 41, 317-332.
7. Knight, M.T.D., Wykes, T., & Hayward, P. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia: A Waiting List Trial of Efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 305-318.
8. Lock, E., A., & Latham, G.P.(1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood NT: Prentice- Hall.
9. MacManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive- Behavioral Therapy for Low Self-Esteem: A Case Example. *Behavioral and Cognitive Practice*, 16(3), 266-275.
10. Murriss, P (2002). Relationships between self-efficacy symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences* ,32, 337-348.
11. Oestrich, I.H., Austin, S.F., Lykke, J., & Tarrier, N. (2007).The Feasibility of Cognitive Behavioural Intervention for Low Self-Esteem Within a Dual Diagnosis Inpatient Population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(4), 403-408.
12. Sherer, M., Maddux, J., Mercandante, B., Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
13. Shope, J.T., & Coplend, L.A. (1993). Assessment of adolescent refusal skills in an alcohol misuse prevention study. *Journal of Health Education Quarterly*, 20(3), 78-373.
14. Taylor, T.L., & Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescent? A systematic review. *Journal of Children and Youth Services Review*, 29, 823-839.

