

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۰۴/۰۸

تاریخ بررسی مقاله: ۹۰/۰۷/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۰۹/۱۳

مجله دست آوردهای روان‌شناختی

(علوم تربیتی و روان‌شناسی)

دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۰

دوره چهارم، سال ۱۸-۳، شماره ۱

صص: ۲۰۶-۱۹۱

اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر بهبود عزت نفس و خوداثرمندی دانشجویان

تکتم کاظمینی*

چکیده

در پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر بهبود عزت نفس و خوداثرمندی دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. برای انجام این پژوهش از بین دانشجویان مراجعه کننده به کلینیک روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد و متقاضی شرکت در جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری ۲۴ نفر از افرادی که نمره‌های عزت نفس آنان در مرحله‌ی غربالگری پایین بود، به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در هر دو گروه ۷ دانشجوی دختر و ۵ 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 اندازه‌گیری پرسشنامه‌ی عزت نفس کوپر اسمیت و فهرست خود اثرمندی شرر 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 چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. بعد از کنترل نمره‌های پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری عزت نفس و خوداثرمندی بیشتری نشان دادند. به نظر می‌رسد که گروه درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند عزت نفس و خوداثرمندی دانشجویان را ارتقاء دهد.

کلید واژگان: درمان شناختی- رفتاری، عزت نفس، خوداثرمندی

* دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

عزت نفس^۱ 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، ایمنی، عشق و تعلق، نیاز به عزت نفس را مطرح می‌کند. عزت نفس پایین تعادل و پویایی انسان را بر هم زده و بازدهی، کارآمدی، یادگیری و خلاقیت انسان را به طریقی منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد و همراه با بیم و وحشت است (پروین، ۱۹۸۸، ترجمه‌ی علیلو و بخشی‌پور، ۱۳۸۲). برعکس، عزت نفس بالا با راهبردهای مقابله‌ای مثبت و سازنده، انگیزش بالا و حالات عاطفی مثبت، رابطه دارد (شاپ و کوپلند^۲، ۱۹۹۳). منظور از اصطلاح عزت نفس عمدتاً ارزشیابی ذهنی است مبنی بر اینکه شخص با ارزش است یا برعکس شخصی است بد، ناشایست یا بی‌ارزش. بنابراین عزت نفس قسمت ارزشیابانه‌ی خودپنداره است (بیابانگرد، ۱۳۷۳). پژوهش‌های کوپر اسمیت^۳ (۱۹۶۷) همبستگی بالایی را بین دو سازه‌ی عزت نفس و خوداثرمندی^۴ نشان داده‌اند. در واقع داشتن عزت نفس بالا برای خوداثرمندی سالم و قوی ضروری است (مک فارلند^۵، ۱۹۸۸). بندورا^۶ خوداثرمندی را در تئوری شناختی اجتماعی خود به عنوان یک مفهوم مرکزی ارایه داده است که به ادراک توانایی‌ها برای انجام دادن عملی که مطابق میل است، اشاره می‌کند (موریس^۷، ۲۰۰۲؛ بندورا، ۲۰۰۵). افراد با خوداثرمندی پایین از هر کنشی که به باور آنها فراتر از توانایی‌شان باشد، پرهیز می‌کنند. از سویی دیگر، احساس خوداثرمندی نیرومند عملکرد و بهزیستی فرد را افزایش می‌دهد (لاک و لاتام^۸، ۱۹۹۰؛ بندورا، ۱۹۹۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین افکار غیرمنطقی و عزت نفس پایین همبستگی معنی‌داری وجود دارد (بدنر و پترسون^۹، ۱۹۹۶؛ طالبیان شریف و جلالی تهرانی، ۱۳۷۵).

-
- 1- Self-esteem
 - 2- Shope & Coplend
 - 3- Coopersmith
 - 4- Self-efficacy
 - 5- McFarland
 - 6- Bandura
 - 7- Murriss
 - 8- Lock & Latham
 - 9- Bedner & Peterson

شناخت‌های معیوب مانند اسنادها، طرح‌واره‌ها^۱ و اغراق در توجه منفی به خود، عزت نفس فرد را پایین می‌آورند (به نقل از بیابانگرد، ۱۳۷۳). ساکو و بک^۲ (۱۹۸۵) نیز مجموعه‌ای از تحریف‌ها را که در توصیف خود یا افکار به وجود آمده و در ایجاد عزت نفس پایین نقش دارند، فهرست کرده‌اند. این تحریف‌ها شامل تفکر دوقطبی، تعمیم بیش از حد، فیلتر ذهنی، ذهن‌خوانی، بزرگ‌نمایی، بایدها، استدلال احساسی، برچسب زدن، شخصی‌سازی و بی‌توجهی به امور مثبت می‌باشد. لذا یکی از راههای تغییر و افزایش عزت نفس استفاده از رویکرد شناختی جهت شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی است (به نقل از بیابانگرد، ۱۳۷۳). پوپ (۱۹۸۸) نیز معتقد است افزایش عزت نفس با بهبود یک یا چند جنبه در درون فرد همراه است. وی معتقد است که می‌توانیم به طور غیرمستقیم و با تغییر یک یا چند متغیر شخصی (مثل رفتار، شناخت، هیجان یا فیزیولوژی) بر عزت نفس تأثیر بگذاریم (به نقل از آتش‌پور، ۱۳۸۳).

هرچند روان‌شناسان توانسته‌اند با استفاده از اصول رویکرد شناختی موفقیت‌های زیادی در مشاوره و روان‌درمانی 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 جهت‌بخش است، مسأله‌مدار و معطوف به عامل‌های تداوم بخش مشکلات می‌باشد، بیمار را به عنوان کسی که نقشی برابر در درمان دارد، در نظر می‌گیرد. 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 اکتشاف هدایت شده است. روشی منطقی است که در آن بیمار می‌آموزد که افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرد که باید اعتبار آنها آزموده شود. درمان شناختی رفتاری رویکردی آموزشی است که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود (فنل،^۳ ۱۹۸۹).

وارن^۴ و همکارانش در سال ۱۹۸۸ در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان شناختی بر افزایش

-
- 1- Schema
 - 2- Sacho & Beck
 - 3- Fennell
 - 4- Waren

عزت نفس پرداختند. آنها ۳۳ داوطلب را به سه گروه تقسیم کرده و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین کردند. در دو گروه آزمایش درمان‌های عقلانی-هیجانی و رفتاری-شناختی اجرا شد. نتیجه این بود که عزت نفس در هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافت و این افزایش در گروه شناختی-رفتاری بیش از گروه عقلانی-هیجانی بود (به نقل از بروین^۱، ۱۹۹۶). گاترین، پلرین و ورناد در سال ۱۹۸۳ به ارزیابی دو راهبرد شناختی متفاوت که برای افزایش عزت نفس طراحی شده بودند، پرداختند. در یک گروه از بازسازی شناختی استفاده شد که در آن، افراد برای شناسایی عقاید خود تحقیر کننده و اصلاح آنها با افکار درست و تأیید کننده، آموزش دیدند. گروه دیگر برای تمرکز بر جنبه‌های مثبت خود و بررسی آنها آموزش دیدند. نتیجه‌ها 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^۲ (۲۰۰۷) در یک بررسی سیستماتیک کارآیی درمان شناختی-رفتاری را در بهبود عزت نفس نوجوانان افسرده ۱۳ تا ۱۸ سال ارزیابی کردند. نتیجه‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند درمان مؤثری در افزایش عزت نفس کلی و عزت نفس تحصیلی باشد.

اوستریچ^۳ و همکاران (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. نمونه‌ی کوچکی از بیماران بستری با تشخیص دوگانه (۲۳ نفر) طی یک دوره لیست انتظار یک ماهه برای اطمینان از وجود عزت نفس پایین، آسیب‌شناسی و سوء مصرف مواد، قبل از شروع مداخله ۸ جلسه‌ای غربالگری شدند. نتیجه‌ها افزایش معنی‌داری در میزان عزت نفس و کاهش معنی‌داری در نشانه‌های افسردگی و آسیب‌شناسی مربوط به اسکیزوفرنی نشان داد. همچنین این بهبود پس از ۳ ماه پیگیری حفظ شد.

مطالعه‌ی 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

-
- 1- Berwin
 - 2- Taylor & Montgomery
 - 3- Oestrich

عزت نفس، کاهش روان پریشی و بهبود عملکرد اجتماعی شد (هال و تریر^۱، ۲۰۰۳). نایت، ویکز و هایوارد^۲ (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 اندازه‌گیری‌های 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 معنی‌داری بهبود یافت. میزان افسردگی و علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و میزان آسیب‌شناسی عمومی آنها به طور معنی‌داری کاهش یافت.

مک مانوس، ویت و شافران^۳ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ی موردی بررسی کارآیی درمان شناختی- رفتاری در عزت نفس پایین به ارزیابی، فرمول‌بندی 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، چوچانگ و لی^۴ (۲۰۰۵) تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری را در 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 بود. اعضای گروه کنترل در برنامه شرکت نکردند. پس از مداخله در گروه آزمایش نمره‌های افسردگی به طور معنی‌داری کاهش و نمره‌های خوداثرمندی به طور معنی‌داری افزایش یافت و در نمره‌های عزت نفس تغییر معنی‌داری مشاهده نشد. در گروه کنترل در نمره‌های افسردگی، عزت نفس و خوداثرمندی تغییری مشاهده نشد.

در ایران امامی، فاتحی‌زاده و عابدی (۱۳۸۵) در مقایسه‌ی اثربخشی دو شیوه‌ی شناختی- رفتاری و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش‌آموزان دریافتند که آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس دانش‌آموزان دختر را به طور مؤثری افزایش می‌دهد و آموزش والدین در

-
- 1- Hall & Tarrrier
 - 2- Knight, Wykes, & Hayward
 - 3- McManus, Waite, & Shafran
 - 4- Hyun, Cho Chung, & Lee

افزایش عزت نفس دانش‌آموزان پسر مؤثر است. همچنین زاده‌محمدی، عابدی و خانجانی (۱۳۸۷) نشان دادند که هنر روان‌درمانگری شناختی- رفتاری می‌تواند عزت نفس و خوداثرمندی نوجوانان پسر ۱۴ تا ۱۶ سال بی‌سرپرست و بدسرپرست ساکن در یک مرکز شبانه‌روزی را افزایش دهد. با توجه به نقش برجسته عزت نفس و خوداثرمندی 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 خوداثرمندی دانشجویان مؤثر است؟

روش‌شناسی تحقیق

جامعه‌ی آماری و روش نمونه‌گیری

این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه دانشجویان مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد در فروردین ماه ۱۳۸۸ که متقاضی شرکت در جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری بودند. از میان مراجعه‌کنندگان با اجرای آزمون عزت نفس کوپر اسمیت 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 که واجد ملاک‌های مورد نظر بودند انتخاب شده و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۷ دانشجوی دختر و ۵ دانشجوی پسر گمارده شدند. لازم به ذکر 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 پس‌آزمون برای آنان امکان‌پذیر نبود. لذا تعداد افرادی که نمره‌هایشان در تحلیل‌ها وارد شد ۲۲ نفر می‌باشد.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. آزمون عزت نفس کوپر اسمیت: کوپر اسمیت (۱۹۶۷) مقیاس عزت نفس خود را بر

اساس تجدیدنظری که بر روی مقیاس راجرز و دیموند^۱ (۱۹۵۴) انجام داد تهیه و تدوین کرد. آزمون عزت نفس کوپر اسمیت دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده‌ی آن دروغ سنج هستند. اگر پاسخ‌دهنده از ۸ ماده دروغ‌سنج بیش از ۴ نمره بیاورد بدان معنی است که نتیجه‌ی آزمون قابل اعتماد نیست و آزمودنی سعی کرده است خود را بهتر از آنچه که هست جلوه دهد. در مجموع ۵۰ ماده‌ی آن به ۴ خرده مقیاس (عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس تحصیلی) تقسیم شده است. شیوه‌ی 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) میزان روایی آزمون را از طریق محاسبه همبستگی میان نمره‌ی این آزمون با معدل سال آخر دانش‌آموزان به دست آورد که برای پسران ۰/۹۶ و برای دختران ۰/۷۱ بود. میزان پایایی آن را نیز با روش آزمون-بازآزمون برای پسران ۰/۹۰ و برای دختران ۰/۹۲ محاسبه کرد (به نقل از حجت خواه، ۱۳۷۵). پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۲. **فهرست خوداثرمندی:** 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) نمره‌گذاری می‌شود. پایین‌ترین نمره ۱۷ و بالاترین نمره ۸۵ است. همسانی درونی این فهرست با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ است (شرر^۲ و همکاران، ۱۹۸۲). ضریب اعتبار آن در پژوهش بختیاری براتی (۱۳۷۶) ۰/۷۹، عبدی‌نیا (۱۳۷۷) ۰/۸۵ و در پژوهش اعرابیان، خداپناهی، حیدری و صالح‌صدق‌پور (۱۳۸۳) ۰/۹۱ به دست آمده است. برای سنجش اعتبار سازه‌ای مقیاس خوداثرمندی، امتیازهای به دست آمده با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی همبسته شده است. این اندازه‌های شخصیتی در برگیرنده‌ی 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). پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

1- Rogers & Dymond

2- Sherer

روند جمع‌آوری اطلاعات

شیوه‌ی اجرا به این ترتیب بود که ابتدا از همه‌ی افراد اعم از گروه آزمایش و گروه کنترل پیش‌آزمون (پرسشنامه‌های عزت نفس و خوداثربندی) به عمل آمد. بعد از اجرای پیش‌آزمون، 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 در اتاق گروه درمانی کلینیک روان‌شناسی دانشگاه فردوسی تشکیل شد. در پایان اجرای مداخله مجدداً از آزمودنی‌های هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از محتوای 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 (۱۹۹۹، ترجمه صاحبی و همکاران، ۱۳۸۲) است.

جدول ۱. محتوای ارایه 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، ارایه 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، ارایه 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، ارایه تکلیف.
چهارم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، آموزش به اعضا درباره‌ی ماهیت طرحواره‌ها (باورهای اصلی، طرحواره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی، ارایه تکلیف.
پنجم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، مرور پیکان عمودی، آشنایی پیکان عمودی پیشرفته و انواع باورها، ارایه تکلیف.
ششم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، نقشه‌های شناختی، درجه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی (SUD)، ارایه تکلیف.
هفتم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی، تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی باورها، ارایه 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.

یافته‌های تحقیق

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 آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیاری مقیاس عزت نفس و خوداثرمندی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروهها

خوداثرمندی		عزت نفس		میانگین	انحراف استاندارد
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۴۶/۶۳	۳۲/۱۸	۴۰/۹۰	۳۴/۱۸	میانگین	آزمایش
۶/۰۲	۴/۰۶	۵/۲۳	۶/۶۴	انحراف استاندارد	آزمایش
۳۱/۸۱	۳۰/۷۲	۳۳/۲۷	۳۳/۵۴	میانگین	کنترل
۶/۶۳	۵/۴۲	۶/۵۵	۷/۶۲	انحراف استاندارد	کنترل

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در متغیر عزت نفس میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمره‌های پیش‌آزمون آن است. اما در گروه کنترل، میانگین نمره‌های پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون است. البته تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون مقیاس عزت نفس در گروه آزمایش و کنترل نیز با آزمون t محاسبه شد و تفاوت معنی‌داری بین نمره‌ها مشاهده نشد. در متغیر خوداثرمندی نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش بیشتر از پیش‌آزمون آن است. در گروه کنترل نیز نمره‌های پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است. البته تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون فهرست خوداثرمندی در گروه آزمایش و کنترل نیز با آزمون t محاسبه شد و تفاوت معنی‌داری بین نمره‌ها مشاهده نشد.

به منظور بررسی تفاوت نمره‌های عزت نفس و خوداثرمندی دو گروه آزمایش و کنترل به دلیل وجود همبستگی بین این دو متغیر که در این پژوهش برابر با $F=0/61$ به دست آمده است و نیز برای حذف اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری^۱ (مانکوا) استفاده شد

1- Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

که نتیجه‌های آن در جدول ۳ آمده است.

در ابتدا قبل از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. در این تحلیل همگنی واریانس (با آزمون لوین) انجام شد و برای عزت نفس ($F=0/004, P=0/94$) و خودآزمونی ($F=4/14, P=0/06$) معنی‌دار به دست نیامد. همگنی شیب رگرسیون برای عزت نفس ($F=2/09, P=0/15$) و خودآزمونی ($P=0/60$)، نیز معنی‌دار نبود که با توجه به عدم معنی‌داری پیش‌فرض‌های همگنی میان دو گروه معلوم شد. علاوه بر آن بین متغیر همپراش و متغیر وابسته رابطه‌ی خطی وجود داشت و متغیرهای وابسته نیز با هم همبستگی داشتند.

جدول ۳. نتیجه تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری در نمره‌های عزت نفس و خودآزمونی

ضرب اتا	P	F	میانگین مجدورات	درجه‌ی آزادی	مجموع مجدورات		
0/76	0/00	58/97	510/5261	1	510/5261	پس‌آزمون عزت نفس	پیش‌آزمون
0/14	0/09	32/14	19/2591	1	19/2591	پس‌آزمون خودآزمونی	عزت نفس
0/057	0/31	1/08	9/418	1	9/418	پس‌آزمون عزت نفس	پیش‌آزمون
0/82	0/001	84/05	515/038	1	515/038	پس‌آزمون خودآزمونی	خودآزمونی
0/62	0/001	30/11	260/639	1	260/639	پس‌آزمون عزت نفس	گروه
0/89	0/001	151/92	930/856	1	930/856	پس‌آزمون خودآزمونی	

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود اثر پیش‌آزمون عزت نفس ($P=0/00$)، $F=58/97$) و خودآزمونی ($F=84/05, P=0/001$) بر پس‌آزمون آنها معنی‌دار است. برای آزمون اثر مداخله (گروه درمانی شناختی- رفتاری) بر عزت نفس و خودآزمونی، اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل مؤثر تعدیل شد و نتیجه‌ها نشان دادند که اثر گروه یا مداخله بر عزت نفس ($F=30/11, P=0/001$) و خودآزمونی ($F=151/92, P=0/001$) معنی‌دار بوده است. بنابراین با مشاهده‌ی میانگین‌های دو گروه (جدول ۲) می‌توان نتیجه گرفت گروه درمانی شناختی- رفتاری با ایجاد تفاوت در گروه‌ها، عزت نفس و خودآزمونی دانشجویان را

افزایش داده است.

بحث و نتیجه گیری

از یافته‌های پژوهش حاضر چنین بر می‌آید که درمان شناختی- رفتاری بر بهبود عزت نفس و خوداثرمندی دانشجویان تأثیر معنی‌داری داشته است. اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در افزایش عزت نفس با نتیجه‌ی پژوهش‌های وارن و همکاران (۱۹۸۸)، تیلور و مونتگومری (۲۰۰۷)، اوئستریچ و همکاران (۲۰۰۷)، هال و تریر (۲۰۰۳)، نایت، ویکز و هایوارد (۲۰۰۶)، امامی، فاتحی‌زاده و عابدی (۱۳۸۵)، زاده‌محمدی و همکاران (۱۳۸۷) همسو است. اگرچه زاده‌محمدی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود از هنردرمانی شناختی- رفتاری استفاده کردند اما این درمان در اغلب شیوه‌ها و فنون شناختی و اساس درمانی 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 یافته‌ی پژوهش حاضر هماهنگ است. گاترین، پلرین و ورناد (۱۹۸۳)، به نقل از بدنر و پترسون، (۱۹۹۶) نیز در ارزیابی دو راهبرد شناختی بازسازی شناختی و تمرکز بر جنبه‌های مثبت خود و بررسی آنها 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.

اما هیون، چوچانگ 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 نمره‌های عزت نفس نوجوانان تغییر معنی‌داری مشاهده نشد که این نتیجه با یافته‌ی تحقیق حاضر ناهمسو می‌باشد. به علاوه آنان دریافتند که مداخله در گروه آزمایش نمره‌های خوداثرمندی نوجوانان را به طور معنی‌داری افزایش داد. در واقع اثربخشی پژوهش فعلی در افزایش خوداثرمندی، با نتیجه‌های پژوهش زاده‌محمدی، عابدی و خانجانی (۱۳۸۷) و هیون، چانگ و لی (۲۰۰۵) همسو می‌باشد.

امامی، فاتحی‌زاده و عابدی (۱۳۸۵) دریافتند که آموزش شناختی- رفتاری تنها عزت نفس

دانش‌آموزان دختر را به طور مؤثری افزایش می‌دهد و در عزت نفس پسران تأثیر معنی‌داری ندارد. در صورتی که در پژوهش حاضر گروه درمانی شناختی- رفتاری در بهبود عزت نفس هر دو گروه دانشجویان دختر و پسر مؤثر بوده است.

در تبیین چگونگی تأثیر گروه درمان شناختی- رفتاری بر افزایش عزت نفس می‌توان گفت همچنان که قبلاً اشاره شد، مهمترین منبع تأثیرگذار بر پیدایش و میزان عزت نفس، مؤلفه‌های شناختی هستند. ضمن اینکه در این رویکرد فرض زیربنایی این است که تغییر شناخت منجر به تغییرهای رفتاری و هیجانی نیز می‌شود. بنابراین با توجه به اینکه عزت نفس بُعد عاطفی و هیجانی ارزیابی خود است این رویکرد از طریق اصلاح و تغییر مؤلفه‌های شناختی ناکارآمدی که موجب کاهش عزت نفس می‌شوند، می‌تواند موجب تغییرهای 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 هدف‌هایشان را با دیده‌ی تحقیر می‌نگرند. یکی از تکنیک‌های رفتاری که به فرد کمک می‌کند تا هدف‌هایش را بشناسد و به آنها دست یابد تفکیک هدف‌ها در زمینه‌های مختلف و برنامه‌ریزی گام به گام برای رسیدن به آنها است. همچنین این فرد 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 عامل‌های شناختی و رفتاری و دستکاری و اصلاح آنها می‌تواند بر عزت نفس تأثیر بگذارد. همچنین همبستگی بالای بین دو سازه‌ی عزت نفس و خودآزمندی (کوپر اسمیت، ۱۹۶۷) باعث می‌شود که داشتن عزت نفس بالا به خودآزمندی سالم و قوی منجر شود (مک فارلند، ۱۹۸۸). در واقع درمان شناختی- رفتاری می‌تواند از طریق بهبود عزت نفس فرد باعث افزایش خودآزمندی در وی گردد.

از طرف دیگر وقتی این رویکرد به صورت گروهی اجرا شود مزیت‌های روان‌درمانی گروهی در مقایسه با روان‌درمانی انفرادی از جمله تعامل اعضا، الگوگیری و یادگیری مشاهده‌ای، همدلی، دریافت حمایت و کمک از سوی دیگر اعضای گروه مزید بر علت گشته و بر تأثیر این رویکرد می‌افزاید. در پایان، تعداد کم آزمودنی‌ها (هر گروه ۱۱ نفر) و محدود

بودن جلسه‌های مداخله در این پژوهش، لزوم رعایت احتیاط در تعمیم‌دهی نتیجه‌ها را مطرح می‌کند. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی نه تنها تعداد آزمودنی‌ها و جلسه‌های درمانگری افزایش یابد بلکه به پیگیری نتیجه‌ها برای بررسی وضعیت علایم تغییر یافته نیز مبادرت شود.

منابع

فارسی

- آتش‌پور، سیدحمید (۱۳۸۳). *اعتماد و خودباوری*. اصفهان: حوزه معاونت دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- امامی، طاهره؛ فاتحی‌زاده، 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.
- اعرابیان، اقدس؛ خداپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محمود و صالح‌صدق‌پور، بهرام (۱۳۸۳). بررسی رابطه باورهای خوداثرمندی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانش آموزان. *مجله روان‌شناسی*، ۳۲ (۴)، ۳۶۰-۳۷۱.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۳). *روش‌های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- بختیاری براتی، سعید (۱۳۷۶). *بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای خوداثربخشی، عزت نفس و خودیابی با عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان سال سوم نظام جدید شهر اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.

پروین، کریس (۱۹۸۸). *بنیادهای شناختی روان‌شناسی بالینی*. ترجمه محمود علیلو و عباس بخشی‌پور (۱۳۷۶). تهران: نشر روان پویا.

حجت‌خواه، محسن (۱۳۷۵). *بررسی و مقایسه سطح اضطراب و عزت نفس در بیماران مضطرب و افراد بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

دلیرعبدی‌نیا، محمود (۱۳۷۷). *بررسی روابط خودکارآمدی، جهت‌گیری‌های هدفی، یادگیری خودگردان و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان سوم راهنمایی در تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

زاده‌محمدی، علی؛ عابدی، علیرضا و خانجانی، مهدی (۱۳۸۷). *بهبود عزت نفس و خوداثربندی در نوجوانان. فصلنامه روانشناسان ایران*. ۱۵ (۴)، ۲۴۵-۲۵۲.

صاحبی، علی (۱۳۸۳). *شناخت درمانی: گذشته، حال و آینده*. مجله علوم روانشناختی، ۹، ۶۶-۷۹.

طباطبایی، محمود؛ طالبیان شریف، جعفر و جلالی‌تهرانی، محمود (۱۳۷۵). *رابطه بین ارزشمندی، تفکرات غیرمنطقی و عزت نفس در میان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد*. طرح پژوهشی، دانشگاه فردوسی مشهد.

فری، مایکل (۱۹۹۹). *شناخت درمانی گروهی*. ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۸۲). مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.

مقیم‌فام، پریسا (۱۳۷۹). *بررسی رابطه خوداثربخشی با ویژگی‌های شخصیتی و اثربخشی تدریس دبیران شهر مراغه در سال تحصیلی ۷۹-۷۸*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز.

لاتین

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (2005). The Primacy of Self regulation in health promotion transformative mainstream. *Applied Psychology and International Review*, 54, 1206-1222.

- Bedner, R. L., & Peterson, S. R. (1996). *Self-esteem: paradox and innovations in clinical theory an practice*. Washington: American Psychology Association.
- Brewin, C. R. (1996). Theoretical foundation of cognitive-behaviour therapy for anxiety and depression. *Annual Psychology Review*.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.
- Fennell, M. J. (1989). Depression in Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (eds) *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide* (169-271). Oxford: Oxford University Press.
- Hall, P. L., & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioral treatment of self- esteem in psychotic patients: a pilot study. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 41, 317-332.
- Hyun, M. S., Cho Chung, H. I., & Lee, Y. J. (2005). The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. *Applied Nursing Research*, 8 (3), 160-166.
- 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. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34 (3), 305-318.
- Lock, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood NT: Prentice- Hall.
- McFarland, R. (1988). *Coping through self-esteem*. New York: Rosen Publishing Group, Inc.
- McManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive- Behavioral Therapy for Low Self-Esteem: A Case Example. *Behavioral and Cognitive Practice*, 16 (3), 266-275.
- Morris, P. (2002). Relationships between self-efficacy symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 337-348.
- Oestrich, I. H., Austin, S. F., Lykke, J., & Tarrier, N. (2007). The Feasibility of Cognitive Behavioral Intervention for Low Self-Esteem Within a Dual Diagnosis Inpatient Population. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35 (4), 403-408.
- 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.

- 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.
- 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.