

اثربخشی روان درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهبودی روان شناختی زنان

هادی اسمخانی اکبری نژاد^۱، احمد اعتمادی^۲، فریبا نصیرنژاد^۳

تاریخ وصول: ۹۲/۱۰/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهبودی روان شناختی زنان صورت گرفت. این پژوهش کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی (به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) بود. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از بین زنانی که در کلاس های روان شناسی خانه سلامت شهرداری منطقه ۵ تبریز شرکت کرده بودند، با توجه به نمره پایین در مقیاس بهبودی روان شناختی ریف (RSPWB)، ۲۴ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس در گروه آزمایش مداخله روان درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی به مدت ۸ جلسه (هفته ای یک جلسه ۲ ساعته) اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل بعد از اعمال متغیر مستقل از نظر بهبودی روان شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$). بنابراین، می توان نتیجه گرفت که روان درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی در بهبود بهبودی روان شناختی زنان موثر است.

۱. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول) HadiAkbarinejad@yahoo.com

۲. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی Ahmad_etemadi@yahoo.com

۳. کارشناس مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز faribanasirnejhad@yahoo.com

واژگان کلیدی: روان درمانی عقلانی- عاطفی- رفتاری، گروه درمانی، بهزیستی روان

شناختی.

مقدمه

ارتقاء سطح بهزیستی روان شناختی^۱ یکی از اهداف روان شناسی قرن حاضر محسوب می شود. اکنون یکی از علایق جدی روان شناسان، معطوف به زمینه های خلق و خو و شخصیت، تأثیر فرهنگ، مهارت های مقابله ای، میزان خوش بینی و بدبینی، حمایت اجتماعی و شناخت های فرد و تأثیر آن بر بهزیستی روان شناختی است (بوس^۲، ۲۰۰۰ و مایرز^۳، ۲۰۰۰).

در رویکرد سنتی حاکم بر حوزه سلامت روانی، که پیشینه نظری و پژوهشی پرسابقه ای دارد، تأکید محققان بر ابعاد منفی سلامت روانی بوده است؛ به این معنی که سلامت روانی در قالب نبود بیماری روانی، ضعف و ناکامی تعریف شده است (هوسر، اسپرینگر و پادروسکار^۴، ۲۰۰۵). اما از حدود دهه ۱۹۶۰ با تغییر تمرکز از بیماری یابی و درمان به پیشگیری و مطالعه خوب بودن و رشد، دیدگاه متفاوتی به موضوع سلامت روانی شکل گرفت که بر اساس آن سلامت روانی داشتن ویژگی های مثبت مانند روابط اجتماعی موفق، عزت نفس و احساس کارآمدی است و وظیفه روان شناس، مطالعه این ویژگی ها و کمک به ارتقاء آن است (رایان و دسی^۵، ۲۰۰۱). ظهور و اوج گیری روان شناسی مثبت نگر^۶ در سال های اخیر، موجب شده که علاقه و توجه به ابعاد مثبت کارکرد روان شناختی به مثابه رویکردی نوین در پژوهش های سلامت روان شناختی افزایش چشمگیری پیدا کند (لینفورس، برن تسون و لاندبرگ^۷، ۲۰۰۶).

-
1. psychological well-being
 2. Buss, D.
 3. Myers, D. G.
 4. Hauser, R. M, Springer; K. W & Pudrovska, T.
 5. Ryan, R. M & Deci, E. L.
 6. positive psychology
 7. Lindfors, P; Berntsson, B & Lundberg, U.

اساس روان شناسی مثبت بر پذیرش انسان در جایگاه موجودی توانمند و شایسته است که می تواند توانایی های خود را شکوفا سازد؛ بنابراین، هدف این رویکرد، مطالعه نیرومندی ها و شادمانی انسان ها است (کار، ۲۰۰۵، ترجمه پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۸۷). روان شناسی مثبت نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان شناختی مفهوم سازی کرده است؛ از این منظر بهزیستی روان شناختی به معنی کارکرد روان شناختی بهینه است (رایان و دسی، ۲۰۰۱). به بیانی دیگر، بهزیستی روان شناختی را می توان واکنش های عاطفی و شناختی به ادراک و ویژگی ها و توانمندی های شخصی، پیشرفت بسنده، تعادل کارآمد و موثر با جهان، پیوند و رابطه مطلوب با اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد. این حالت می تواند مولفه هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را نیز در بر گیرد (کاردماس^۱، ۲۰۰۷).

پژوهش ها حاکی از آن است که ۲۰ تا ۶۵ درصد زنان دچار افسردگی و اضطراب می شوند. به طور کلی می توان گفت که همه این تنیدگی ها در بدن زن برنامه ریزی شده اند، اما بعد روان شناختی آن ها به تاریخچه زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی وی وابسته است (رحمانی، ۱۳۸۷). دستیابی به توسعه بهداشت در جهان، بدون توجه به اهمیت سلامت زنان و در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی در ابعاد گوناگون سیاست ها و برنامه های بهداشت و توسعه و همچنین اجرای برنامه های توانمندسازی و پیشرفت زنان، ممکن نیست. سلامت زنان، مطمئن ترین راه برای رسیدن به زندگی با کیفیت برای همگان است و ظرفیت سازی و توانمندسازی آنان جهت مشارکت، پیش نیازهای اصلی برای ارتقای بهداشت و نیل به اهداف سلامت جامعه است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۳، به نقل از ایمانی زاد، ۱۳۸۶).

با توجه به این که بروز مشکل در سلامت روان شناختی زنان، بخش وسیعی از سلامت روانی فرد، خانواده و جامعه را به خطر خواهد انداخت، بنابراین ضرورت دارد که پژوهش های گسترده ای به منظور یافتن راه حل های درمانی در این زمینه صورت گیرد.

1. Karademas, E.

درمان عقلانی- عاطفی- رفتاری (REBT)^۱، یک نوع روان‌درمانی شناختی- رفتاری^۲ است که توسط آبرت الیس^۳ ابداع شده است (راسنر^۴، ۲۰۱۱). الیس در مکتب روان‌کاوی آموزش دیده بود. وی زمانی که در کار با مراجعان خود با استفاده از این مکتب سرخورده شده بود، شروع به بنیان رویکرد خود در اواسط سال ۱۹۵۰ کرد. وی مشاهده کرد زمانی که مراجعانش در افکارشان تغییراتی ایجاد می‌کنند، حالشان خوب می‌شود. بنابراین، او در کار خود روی باورهای مراجعانش تمرکز کرد (فورگات^۵، ۲۰۰۵). حالت‌های تنش‌زا مثل افسردگی، اضطراب و خشم اغلب به وسیله افکار غیر منطقی و سویمندانه به وجود می‌آیند؛ و تداوم و شدت می‌یابند (لیهی^۶، ۱۹۹۶). به نظر الیس هر چه عقاید افراد غیر منطقی‌تر باشند، انسان در برابر اختلالات روانی آسیب‌پذیرتر می‌شوند. اهمیتی ندارد این عقاید محصول عوامل زیست‌شناسی باشند یا اجتماعی، بلکه مهم است که انسان‌های شاد را ناراحت می‌کنند (شارف، ۲۰۰۴، ترجمه مهرداد فیروزبخت، ۱۳۸۹).

الیس (۱۹۹۹) معتقد است که رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث تنش، اضطراب و افسردگی آن‌ها نمی‌شود، بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به تنش و اضطراب در آن‌ها می‌شود و زندگی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. از نظر وی تفکر منطقی منجر به فعالیت بیش‌تر در زندگی می‌شود، فرد از پایگاه روشنی به حوادث می‌نگرد و به فرد امید، شهامت و توان عمل می‌دهد. هدف درمان (REBT) این است که انسان‌ها بتوانند اختلالات هیجانی خود را به حداقل برسانند و زندگی شادی داشته باشند. همچنین به آن‌ها یاد دهند با احساسات منفی خویش مثل تأسف، ندامت، ناکامی و آزرده‌گی برخورد موثری نمایند. افراد به کمک این درمان می‌توانند با احساسات منفی نابجایی چون

-
1. rational emotive behavioral therapy
 2. cognitive behavioral therapy
 3. Albert Ellis
 4. Rosner, R.
 5. Froggatt, W.
 6. Leahy, R. L.

افسردگی، اضطراب و بی ارزشی کنار بیابند (شارف، ۲۰۰۴، ترجمه مهرداد فیروزبخت، ۱۳۸۹).

پژوهش های انجام گرفته در نقاط مختلف دنیا، نشان از اثربخش بودن روان درمانی عقلانی- عاطفی- رفتاری بر انواع مولفه ها، مشکلات و اختلالات روان شناختی دارد؛ نظیر: باورهای غیرمنطقی و اضطراب (تورنر و بارکر^۱، ۲۰۱۳)؛ اضطراب (ویلد^۲، ۲۰۱۱)؛ سوگ، غم و اندوه (مالکینسون^۳، ۲۰۱۰)؛ افسردگی (ساوا^۴، و همکاران، ۲۰۰۹)؛ دیوید^۵ و همکاران، ۲۰۰۴)؛ کاهش باورهای غیرمنطقی، رفتارهای ناکارآمد و احساسات منفی (تریپ، ورنون و مک ماهان^۶، ۲۰۰۷)؛ عزت نفس (وارن^۷ و همکاران، ۱۹۸۸)؛ ولی زاده و امامی پور، ۱۳۸۶)؛ سلامت عمومی (رجبی و کارجو کسمایی، ۱۳۹۱)؛ احدی، یوسفی لویه، صلحی و احمدی، ۱۳۸۸)؛ عقاید ناکارآمد (حسنی، محزونی نجف آبادی و لطفی کاشانی، ۱۳۹۰)؛ پرخاشگری (برکتیان، تقوی، صالحی و حسن زاده، ۲۰۰۵)؛ صادقی، احمدی و عابدی، ۱۳۸۱)؛ اضطراب امتحان (بیابانگرد، ۱۳۸۱)؛ رضایت زناشویی (اشکانی، ۱۳۸۸).

مورینو معتقد است که انسان در گروه متولد می شود، در گروه زندگی و کار می کند و در گروه بیمار می شود، پس بهتر است در گروه نیز درمان شود (شفیع آبادی، ۱۳۹۲). اعتقاد بر این است که گروه درمانی^۸ در بیش تر اختلالات روانی مؤثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می شود، ضمن این که تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می گیرد، با افراد جدید آشنا شده، احساس قدرت می کند و اعتماد به نفس وی بالا می رود (عظیمی، جنتی و محمودی، ۲۰۰۳).

-
1. Turner, M & Barker, J. B.
 2. Wilde, J.
 3. Malkinson, R.
 4. Sava, F. A.
 5. David, D.
 6. TRIP, S; VERNON, A & McMAHON, J.
 7. Warren, R.
 8. group therapy

با توجه به مطالب فوق الذکر، هدف پژوهش حاضر این است تا دریابد که اجرای روان درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی چه تأثیری بر بهزیستی روان‌شناختی زنان دارد. بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این است که: آیا روان‌درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان تأثیر دارد؟

هدف پژوهش

هدف کلی از اجرای این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی روان‌درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان است.

فرضیه پژوهش

روان‌درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان تأثیر دارد.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی (به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. اعضای گروه آزمایش ۸ جلسه روان‌درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی را طی ۲ ماه (هر هفته یک جلسه ۲ ساعته) دریافت نمودند، در حالی که گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین زنانی که در کلاس‌های روان‌شناسی خانه سلامت شهرداری منطقه ۵ تبریز شرکت کرده بودند، با در نظر گرفتن نمره پایین در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB)، ۲۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB)^۱: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی های بعدی فرم های کوتاه تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش بر پایه پیشنهاد ریف به پژوهشگران، فرم ۸۴ سوالی آن به کار برده شد. مقیاس های بهزیستی روان شناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود (از سوال ۱ تا ۱۴)، رابطه مثبت با دیگران (از سوال ۱۵ تا ۲۸)، خودمختاری (از سوال ۲۹ تا ۴۲)، زندگی هدفمند (از سوال ۴۳ تا ۵۶)، رشد شخصی (از سوال ۵۷ تا ۷۰) و تسلط بر محیط (از سوال ۷۱ تا ۸۴) است. در فرم ۸۴ سوالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است. گزینه های این پرسشنامه شش گانه بوده و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره گذاری می شود. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان شناختی بهتر است (بیانی، مهمد کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). بیانی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود با عنوان روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف، ضریب پایایی به روش بازآزمایی را برای این پرسشنامه ۰/۸۲ و خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸، به دست آوردند. همچنین آن ها، همبستگی مقیاس بهزیستی روان شناختی را با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آوردند.

روش اجرا

اعضای گروه آزمایش ۸ جلسه روان درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی را طی ۲ ماه (هر هفته یک جلسه ۲ ساعته) دریافت نمودند، در حالی که کنترل گواه هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، اعضای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) باز

1. ryff's scales of psychological well-being (RSPWB)

هم با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB) مورد ارزیابی قرار گرفتند. این کار به دلیل بررسی تأثیر متغیر مستقل (روان‌درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی) بر بهزیستی روان‌شناختی زنان انجام گرفت. پروتکل هر جلسه درمان بر اساس منابع در دسترس تدوین گردید:

جلسه اول: معارفه اعضای گروه به هم دیگر، توضیح درباره اهداف و مقررات گروه توسط رهبر گروه و معرفی روش مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی-عاطفی-رفتاری.

جلسه دوم: بررسی و بیان مشکلات اعضا و ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان، آشنایی بیش تر اعضا با رویکرد عقلانی-عاطفی-رفتاری و باورهای غیرمنطقی.

جلسه سوم: ذکر نمونه‌هایی از حوادث زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تأثیر باورها در واکنش‌های افراد و بحث اعضای گروه با هم در مورد این که شیوه اندیشیدن آن‌ها باعث واکنش آن‌ها در برابر حوادث می‌گردد.

جلسه چهارم: آشنایی بیش تر اعضای گروه با رویکرد رفتار درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری برای کشف افکار غیر منطقی و بررسی افکار غیرمنطقی در راستای سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی.

جلسه پنجم: بررسی گروهی و تحلیل افکار، نگرش‌ها، احساسات غیرمنطقی نسبت به خود و حوادث پیرامون و آشنایی با مدل ABCD و آموزش اصول این مدل به اعضا.

جلسه ششم: شناخت افکار غیرمنطقی، باید‌ها، نبایدها و تأثیر آن‌ها در شکل‌گیری عدم سلامت و بهزیستی روان‌شناختی و بحث گروهی اعضا با یک دیگر درباره جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی.

جلسه هفتم و هشتم: بحث در مورد روش‌های مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزین کردن افکار منطقی و انجام تمرین‌های عملی به شیوه گروهی و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری توسط اعضای گروه.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش t مستقل و تحلیل کواریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها

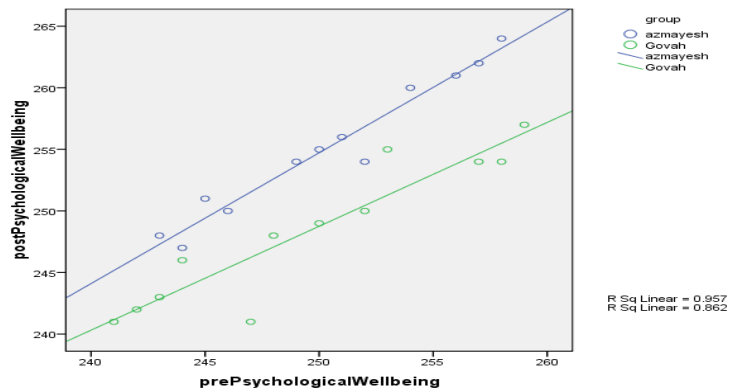
فرضیه پژوهش حاضر عبارت بود از این که: روان درمانی عقلانی- عاطفی- رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روان شناختی زنان موثر است. برای بررسی این نکته که آیا بین میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون تفاوتی هست یا خیر، این میانگین‌ها با استفاده از روش آماری آزمون t مستقل مورد مقایسه قرار گرفت. سپس برای آزمون فرضیه از روش تحلیل کواریانس یک طرفه استفاده شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های بهزیستی روان شناختی گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سطح معنی داری	t	درجه آزادی	گروه گواه		گروه آزمایش		گروه وضعیت
			انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۷۰۳	۰/۳۸۷	۲۲	۶/۳۷۵	۲۴۹/۵۰	۵/۱۷۸	۲۵۰/۴۲	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۱/۴۲۹	۲۲	۶/۰۷۰	۲۵۲/۵۰	۵/۰۱۰	۳۱۷/۵۰	پس آزمون

نتایج به دست آمده در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P < ۰/۰۵$)؛ اما در پس آزمون تفاوت این دو گروه معنی دار است ($P < ۰/۰۰۱$).

در نمودار شماره ۱، بررسی خطی بودن برای متغیر بهزیستی روان شناختی آورده شده است. برونداد نمودار نشان می‌دهد که رابطه خطی است. بنابراین از مفروضه رابطه خطی، تخطی نشده است.



نمودار ۱. بررسی خطی بودن برای متغیر بهزیستی روان شناختی

جدول شماره ۲: نتایج بررسی همگنی شیب های رگرسیون برای بهزیستی روان شناختی

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
گروه	۸/۴۸۲	۱	۸/۴۸۲	۲/۵۷۷	۰/۱۲۴

در جدول شماره ۲، سطح معنی داری یا ارزش احتمالی به دست آمده ($p < ۰/۱۲۴$) بالاتر از نقطه برش می باشد ($p < ۰/۰۵$)، که نشان می‌دهد، از مفروضه همگنی شیب های رگرسیون که پیش شرط ورود برای تحلیل کوواریانس است، تخطی نشده است. پس می توان تحلیل کوواریانس را برای بررسی تفاوت های بین گروه های مداخله ادامه داد.

جدول ۳. نتایج بررسی یکسانی واریانس ها برای بهزیستی روان شناختی

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۱	سطح معناداری
۱/۱۸۲	۱	۲۲	۰/۲۸۹

در جدول شماره ۳، سطح معنی داری یا ارزش احتمالی به دست آمده ($p < ۰/۲۸۹$) بالاتر از نقطه برش می باشد ($p < ۰/۰۵$)، که نشان می دهد، از مفروضه یکسانی واریانس ها که پیش شرط ورود برای تحلیل کوواریانس است، تخطی نشده است. پس می توان تحلیل کوواریانس را برای بررسی تفاوت های بین گروه های مداخله ادامه داد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات باقیمانده بهزیستی روان شناختی در پس آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ضربه
گروه	۲۱۳/۱۵۷	۱	۲۱۳/۱۵۷	۶۰/۲۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲
بهزیستی روان شناختی	۶۴۲/۰۲۶	۱	۶۴۲/۰۲۶	۱۸۱/۴۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹۶

بررسی مقدماتی برای اطمینان از خطی بودن، عدم تخطی از همگنی شیب های رگرسیون و یکسانی واریانس ها انجام شد. بعد از تعدیل نمره های قبل از مداخله، تفاوت معنی داری بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) در نمره های پس از مداخله در بهزیستی روان شناختی وجود داشت ($F = ۶۰/۲۴۱$ ؛ $P = ۰/۰۰۱$). این نتایج بیانگر تأثیر روان درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی در افزایش بهزیستی روان شناختی زنان است. همچنین ضریب تأثیر به دست آمده نشان می دهد که: $۰/۷۴$ از تفاوت های گروه ها در نمرات بهزیستی روان شناختی در پس آزمون، مربوط به تأثیر روان درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی است. بر این اساس، فرضیه پژوهش، مبنی بر روان درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روان شناختی زنان تأثیر دارد، تأیید و فرضیه صفر رد می شود. همچنین نتایج نشان داد، رابط نسبتاً قوی بین نمره های قبل از مداخله و بعد از مداخله در آزمون بهزیستی روان شناختی وجود دارد که به وسیله ارزش مجذور اتای جزئی برابر $۰/۸۹$ نشان داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

به لحاظ شیوع نسبی اختلالات روانی در جمعیت عمومی و با توجه به تعدد جلسات لازم جهت درمان و نیز کمبود متخصصان مربوطه، استفاده از روش گروهی، موضوع قابل تأملی است (رنجبر، اشک تراب و دادگر، ۱۳۸۹). بر این اساس هدف از اجرای پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان بود. آزمون فرضیه نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه بعد از مداخله، از نظر میزان بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یعنی، روان‌درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان موثر است.

نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های "تورنر و بارکر (۲۰۱۳)، ویلد (۲۰۱۱)، مالکینسون، (۲۰۱۰)، ساوا، و همکاران (۲۰۰۹)، تریپ، ورنون و مک ماهان (۲۰۰۷)، دیوید و همکاران (۲۰۰۴)، رجبی و کارجو کسمایی (۱۳۹۱)، احدی و همکاران (۱۳۸۸)" که به طور جداگانه ای‌نشان دادند روان‌درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی در کاهش اختلالات روانی و بهبود سلامت روانی و عمومی افراد موثر است، همسو می‌باشد.

افراد به دلیل برداشت‌های غیرمنطقی از خود که منجر به احساس بی‌ارزشی می‌گردد، دست به انتخاب اهداف غیرمنطقی و نامعقول می‌زنند و در نتیجه با دست نیافتن به اهداف خود احساس نابسندگی و بی‌کفایتی می‌کنند. در درمان منطقی-عاطفی-رفتاری به وجود باورهای غیرمنطقی در فرد اذعان شده و به لزوم جایگزینی باورهای غیرمنطقی به جای باورهای منطقی در فرد تأکید می‌گردد. بنابراین راهکارهایی که در طی جلسات درمان به مراجع ارائه می‌گردد به فرد کمک می‌کند تا الگوهای فکری ناکارآمدی که به احساس بی‌کفایتی در فرد منجر می‌گردد را تشخیص داده و آن را با الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد. همچنین ارائه تکالیف در جلسات آموزش و نیز ادامه انجام تکالیف در منزل حایز اهمیت است، چرا که انجام تکالیف به نوعی تمرین رویارویی فرد با موقعیت‌های مشکل‌زا و چالش‌انگیز در زندگی واقعی است که منجر به افزایش تأثیر درمان می‌گردد.

مشاوره گروهی به سهولت این امکان را فراهم می سازد که تعدادی از این بیماران در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی بیماران می شود بلکه به توسعه روابط آن ها در خارج از محیط درمانی کمک می کند. ضمن این که اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می کنند، به هم اطمینان می دهند، پیشنهاد می کنند و بینش می دهند به همین دلیل اغلب بیماران در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده آن ها به شاخص هایی می رسند که از درمانگر نمی گیرند. در مجموع به نظر می رسد کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است (مختاری، ۲۰۰۶؛ به نقل از رنجبر و همکاران، ۱۳۸۹).

در پایان پیشنهاد می گردد که به علت وجود محدودیت هایی هم چون حجم کوچک نمونه، مشکل تعمیم پذیری نتایج به آزمودنی های مذکر، نبود نمونه گیری تصادفی و عدم بررسی اثربخشی رویکرد عاطفی-عقلانی-رفتاری در هر زیر مقیاس پرسشنامه بهزیستی روان شناختی، سعی گردد در پژوهش های آینده این محدودیت ها مورد توجه قرار گرفته تا یافته های پژوهش حاضر با صحت بیش تری در اختیار پژوهش گران و درمان گران قرار گیرد.

منابع

- احدی، حسن؛ یوسفی لویه، جید؛ صالحی، مهدیه و احمدی، ابراهیم. (۱۳۸۸). مقایسه کارآمدی مداخله عقلانی - هیجانی - رفتاری گروهی با واقعیت درمانی گروهی در افزایش سلامت عمومی دانشجویان دختر. *تحقیقات روانشناختی*، شماره ۱، از صفحه ۱ تا ۱۵.
- اشکانی، نجمه. (۱۳۸۸). *اثربخشی برنامه غنی سازی و ارتقا زندگی و درمان عقلانی هیجانی رفتاری بر افزایش رضایت مندی زناشویی همسران جانبازان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- اکبری، ابوالقاسم. (۱۳۸۷). *مشکلات نوجوانی و جوانی*. تهران، نشر رشد و توسعه.
- ایمانی زاد، اعظم. (۱۳۸۶). *بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر افزایش سازگاری فردی - اجتماعی زنان مطلقه شهر کرمانشاه*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۱). *اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس، عقلانی - عاطفی الیس و آرام سازی بر کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان*. *اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۳، از صفحه ۳۶ تا ۴۲.
- بیانی، علی اصغر؛ محمد کوچکی، عاشور و بیانی، علی. (۱۳۸۷). *روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، شماره ۲، از صفحه ۱۴۶ تا ۱۵۱.
- حسینی، فریبا؛ محزونی نجف آبادی، مهشید و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۰). *اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه*. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، شماره اول، از صفحه ۲۳ تا ۴۲.
- رجبی، غلامرضا و کارجو کسمایی، سونا. (۱۳۹۱). *اثربخشی مشاوره گروهی با روش عقلانی - عاطفی - رفتاری بر مولفه های سلامت عمومی در دانش آموزان پسر*. *مجله روان شناسی مدرسه*، شماره ۲، از صفحه ۵۹ تا ۷۶.

رحمانی، حمیرا. (۱۳۸۷). مقایسه فشار روانی، اضطراب و مسئولیت پذیری در مادران کودکان تالاسمی و مادران عادی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.

رحیمیان، حوریه بانو. (۱۳۸۱). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: مهرداد. رنجبر، فرحدخت؛ اشک تراب، طاهره و دادگری، آتنا. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، شماره ۴، از صفحه ۲۹۹ تا ۳۰۶.

شارف، ریچارد اس. (۲۰۰۴). نظریه های روان درمانی و مشاوره. ترجمه مهرداد فیروزبخت، ۱۳۸۹. تهران: انتشارات رسا.

شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۲). پویایی گروه و مشاوره گروهی. تهران: انتشارات رشد. صادقی، احمد؛ احمدی، سیداحمد و عابدی، محمد رضا. (۱۳۸۱). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهار خشم به شیوه عقلانی-رفتاری-عاطفی، بر کاهش پرخاشگری. مجله روانشناسی، شماره ۱، از صفحه ۵۲ تا ۶۲.

کار، آلن. (۲۰۰۵). روان شناسی مثبت (علم شادمانی و نیرومندی های انسان). ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند و باقر ثنایی ذاکر، ۱۳۸۷. تهران: انتشارات سخن.

ولی زاده، شیرین و امامی پور، سوزان. (۱۳۸۶). تأثیر درمان عقلانی-هیجانی رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان دختر نابینا. روان شناسی کاربردی، شماره ۳، از صفحه ۴۳ تا ۵۰.

Azimi H; Jannati Y & Mahmoudi G. (2003). Text of mental health nursing .Tehran: Salemi 54-62. [Persian].

Barekattain, M; Taghavi, T; Salehi, M & Hasanzadeh, A. (2005). The Efficacy of Rational-Emotive-Behavioral versus Relaxation Group Therapies in Treatment of Aggression of Offspring of Veterans with Post Traumatic Stress Disorder. *JRMS*, 11(1): 34-40.

Buss, D. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*. 55 (1): 5-23.

David, D; Kangas, M.; Schnur, J. B & Montgomery, G.H. (2004). REBT depression manual; Managing depression using rational emotive behavior therapy .Babes-Bolyai University (BBU), Romania.

- Ellis, A. (1999). Rational- Emotive Behavior Therapy and cognitive Behavior Therapy for Elderly people. *Journal of Rational Emotive & Cognitive- Behavior Therapy*, 17: 5-18.
- Froggatt, W. (2005). A Brief Introduction To Rational Emotive Behaviour Therapy. Third Ed.
- Hauser, R. M; Springer; K. W & Pudrovsk, T. (2005). *Temporal structures of psychological well-being: continuity or change?* Presented at the 2005 Meetings of the Gerontological Society of America ,Orlando, Florida.
- Karademas, E. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43: 227-287.
- Leahy, R. L. (1996). *Cognitive Therapy: Basic principle & applications*. Northvale, NJ: Aronson.
- Lindfors, P; Berntsson, B & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's Psychological Well-Being Scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40: 1213-1222.
- Malkinson, R. (2010). Cognitive-Behavioral Grief Therapy: The ABC Model of Rational-Emotion Behavior Therapy. *Psychological Topics*, 19 (2): 289-305.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*. 55 (1): 56- 67.
- Rosner, R. (2011). Albert Ellis 'Rational-Emotive Behavior Therapy. *Adolescent Psychiatry*, 1: 82-87.
- Ryan, R. M & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. In S. Fiske(Ed), *Annual Review of Psychology*, 52: 141- 166.
- Sava, F. A; Yates, B. T; Lupu, V; Szentagotai, A & David, D. (2009). Cost-Effectiveness and Cost-Utility of Cognitive Therapy, Rational Emotive Behavioral Therapy, and Fluoxetine (Prozac) in Treating Depression: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinival Psychology*, 65 (1): 36-52.
- TRIP, S; VERNON, A & McMAHON, J. (2007). Effectiveness of rational-emotive education: a quantitative meta-analytical study. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 7 (1): 81.
- Turner, M & Barker, J. B. (2013). Examining the Efficacy of Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) on Irrational Beliefs and Anxiety in Elite Youth Cricketers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 25 (1): 131-147.
- Warren, R; McLellarn, R & Ponzoha, C. (1988). Rational-emotive therapy vs general cognitive-behavior therapy in the treatment of low self-esteem and related emotional disturbances. *Cognitive Therapy and Research*, 12 (1): 21-37
- Wilde, J. (2011). Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Interventions for Children with Anxiety Disorders: A Group Counseling Curriculum. *Different Views of*

Anxiety Disorders, Dr. Salih Selek (Ed.), ISBN: 978-953-307-560-0, InTech, DOI: 10.5772/20406. Available from: <http://www.intechopen.com>.