



مقایسه اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) و درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری (REBT) بر کاهش باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه

Comparison of the Effectiveness of Human Givens Therapy (HGT) and Rational-Emotive-Behavior Therapy (REBT) on Reducing Irrational Beliefs of Divorced Women

Roohallah. Karamiboldaji

Eghbal. Zarei

Seyed Reza Fallahchai

Maryam. sadeghifard

روح الله کرمی بلداجی*

اقبال زارعی**

سید رضا فلاح چای***

مریم صادقی فرد****

Abstract

This study is to compare the effectiveness of Human Givens Therapy (HGT) and Rational-Emotive-Behavioral Therapy (REBT) on irrational beliefs of divorced women. This research is applied in terms of purpose and the study method is a quasi-experimental with pre-test and post-test with control group and follow-up test. The statistical population of this study includes all divorced women in Shahrekord in 2018. The sample consisted of 45 divorced women who were selected by convenience sampling method and randomly classified into research groups (two experimental groups and one control group). HGT and REBT were performed in 7 weekly sessions. The Jones Irrational Beliefs Test (IBT) was used to collect the data. SPSS software was used for data analysis, and repeated analysis of variance and Bonferroni post hoc test were applied to analyze the data. Repeated analysis of variance indicated that there was a significant difference between the mean scores of irrational beliefs of REBT and HG treatments with the control group ($P < 0.001$, $F = 1647.01$). Bonferroni test also showed that the mean scores of the experimental groups compared to the control group decreased significantly. Furthermore, there was no difference between the effectiveness of the two treatments on irrational beliefs, and the effectiveness of both treatments in the four-month follow-up was stable.

Keywords: Human Given Therapy (HGT), Rational-Emotive-Behavior Therapy (REBT), Irrational Beliefs, Divorced Women in Shahrekord.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) و درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری (REBT) بر باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه است. این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی است و روش آن نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری است. جامعه آماری مطالعه شامل تمامی زنان مطلقه شهرکرد در سال ۱۳۹۷ است. نمونه پژوهش، ۴۵ نفر از زنان مطلقه هستند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های پژوهش (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. درمان ودیعه‌های انسانی و درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری طی هفت جلسه هفتگی انجام شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از آزمون عقاید غیرمنطقی جونز (IBT) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام گرفت. یافته‌های تحلیل واریانس مکرر نشان می‌دهد میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی، هم در درمان ودیعه‌های انسانی و هم در درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری با گروه کنترل، تفاوت معنادار دارد ($P < 0.001$). مطابق نتایج آزمون بونفرونی نیز میانگین نمرات گروه‌های آزمایش، به‌طور معناداری در مقایسه با گروه گواه کاهش یافته است. همچنین تفاوتی بین میزان اثربخشی دو درمان روی باورهای غیرمنطقی مشاهده نشده و اثربخشی هر دو درمان در پیگیری چهارماهه نیز پایدار است.

واژه‌های کلیدی: درمان ودیعه‌های انسانی، درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، باورهای غیرمنطقی، زنان مطلقه شهرکرد.

*دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

**نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

***دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

****استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

مقدمه

زنان از جمله افراد جامعه هستند که توجه به سلامت روانی آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. یکی از مشکلات مهمی که بر سلامت روان زنان تأثیر منفی نهاده، طلاق است. طلاق یک حقیقت زندگی مدرن، و نتیجه حل نشدن مسائل زناشویی یا حل نکردن قانونی و رسمی این مشکلات است (ون جارسولد، ۲۰۰۷). طلاق را اجازه قانونی برای جداشدن از همسر یا پایان دادن رسمی به ازدواج تعریف کرده‌اند (ون جارسولد، ۲۰۰۷). در واقع طلاق پدیده روانی-اجتماعی پیچیده‌ای است که می‌تواند بر افراد و خانواده تأثیر بگذارد؛ بنابراین، طلاق پدیده‌ای چندوجهی و چندبعدی است که تأثیرات مخرب آن را در ابعاد اجتماعی، روانی، عاطفی و جسمانی افراد می‌توان مشاهده کرد. طلاق از استرس‌زاترین فقدان‌هاست و موجب آشفتگی هیجانی و مشکلات رفتاری در افراد می‌شود. اگرچه پیامدهای منفی طلاق هر دو زوج را گرفتار می‌سازد، مطابق پژوهش‌ها، آسیب‌پذیری زنان بعد از طلاق، بیشتر از مردان است (گاهلر، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد زنان مطلقه بیشتر از زنان غیرمطلقه حوادث اضطراب‌زا را در زندگی تجربه می‌کنند (کدیر و بیفالکو، ۲۰۱۱). همچنین مطالعات نشان داده است زنان در مقابل فشار روانی، هیجان‌های منفی بیشتری از مردان تجربه می‌کنند و میزان آشفتگی روانی، افسردگی و اضطراب در زنان دو برابر مردان است (گاهلر، ۲۰۰۶).

بنابراین محققان با توجه به افزایش آمار طلاق، توجه خاصی به افکار و اندیشه‌ها و عوامل ذهنی دارند (فینچام، ۲۰۰۳). الیس^۱ اولین فردی بود که به نقش عوامل شناختی در روابط زناشویی ناکارآمد تأکید داشت. او معتقد بود باورهای غیرمنطقی علت اصلی بسیاری از اختلافات اجتماعی به‌ویژه در روابط زوجین است (به نقل از فروگات، ۲۰۰۵). براساس درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، او معتقد است علت روابط ناخوشایند زناشویی انتظارات نامعقولی است که همسران نه تنها در مورد خود و دیگران بلکه در مورد روابط زناشویی دارند (الیس، سیگل، یایدر، دیاباتیا و جزوپ، ۱۳۷۵). در واقع باورهای غیرمنطقی انتظارات غیرواقعی و نگرش‌های خودخواهانه‌ای به خود، دیگران و روابط هستند که ویژگی آن‌ها انعطاف‌ناپذیری و افراطی بودن آن‌ها است. این باورهای تحریف‌شده اغلب اساس بسیاری از مجادله‌ها و منازعه‌ها در نظر گرفته می‌شوند. این افکار می‌توانند به الگوهای فکری معیوب تبدیل شوند و به‌عنوان فرایندهای فکری معمول افراد به کار روند (درایدن، ۲۰۰۹). مطالعات نشان داده است زوجینی که باورهای غیرمنطقی درباره اهمیت ارتباط، روش‌های مؤثر حل تعارض، اهمیت خانواده و نقش‌های جنسیتی دارند، بیشتر از زوجینی که چنین باورهایی ندارند، فروپاشی را تجربه می‌کنند (همامسی، ۲۰۰۵). بشارت، تیکدري نژاد، بهرامی و رضازاده (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی نشان دادند با افزایش باورهای غیرمنطقی در زوجین، مشکلات زناشویی نیز افزایش می‌یابد. همچنین فیلیپوییک، ووکوساویچیک-گوزدن و اوپاکیک (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که باورهای غیرمنطقی، به احساسات ناکارآمدی منجر می‌شوند که بر سازگاری زناشویی درک‌شده از هر دو طرف تأثیر می‌گذارند.

بنابراین با توجه به اهمیت و نقش باورهای غیرمنطقی در افزایش وقوع طلاق در بین زوجین، به‌کاربردن

1. Ellis, A.

درمان‌های مناسب که بتواند با کاهش و از بین بردن این افکار ناکارآمد، عرصه را برای ادامه زندگی افراد هموار سازد، حائز اهمیت فراوان است. از جمله درمان‌هایی که از گذشته در این زمینه به کار گرفته می‌شود، درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری^۱ الیس (REBT) است. ایرادی که بر مکاتب درمانی شناختی از جمله درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری وارد است این است که این مکاتب روان‌شناختی، قبل از دستیابی انسان به اطلاعات بسیار وسیع در مورد عملکرد مغز در اثر پیشرفت فناوری و بینش‌های جدید علمی به وجود آمده‌اند. مدل‌های شناختی در چند دهه گذشته شکل گرفته‌اند؛ در حالی که اکنون گام‌های درخشان در ارتباط با روش‌های درمانی نسبت به آن زمان برداشته شده است و این گام‌ها و پیشرفت‌ها در حوزه روان‌شناسی، هماهنگ با آن چیزی است که در حال حاضر در مورد عملکرد سیستم ذهن و بدن به دست آمده است. بسیاری از مراجعان، درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری را دشوار و پرزحمت توصیف می‌کنند؛ زیرا افرادی که از لحاظ هیجانی برافروخته شده‌اند، نمی‌توانند در درمان تمرکز خود را حفظ کنند. به همین سبب ناامید می‌شوند و درمان را رها می‌سازند؛ بنابراین با درک فلسفه درونی مدل‌های شناختی می‌توان اهمیت دانش جدید را به روشنی درک کرد (اوکای، ۲۰۱۰). الیس (۲۰۰۱) برای توضیح مفاهیم مهم نظریه‌اش، مدلی مفهومی به نام A-B-C به وجود آورد که اساس نظریه درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری را تشکیل می‌دهد (درآیدن، ۲۰۰۹؛ الیس، ۲۰۰۱؛ ورنون، ۲۰۰۳). این مدل تأکید می‌کند فقط حوادث فعال‌کننده^۲ (A) نیستند که به پیامدهای هیجانی و رفتاری^۳ (C) منجر می‌شوند، بلکه باور انسان^۴ (B) درباره آن رویداد تأثیرگذار است. رویداد فعال می‌تواند شامل موقعیت بیرونی یا فکر یا هر نوع رویداد درونی باشد. در مرحله اول درمان، فرد مشکلات خود را تصریح می‌کند، مسئولیت هیجانی آن را می‌پذیرد و آماده تغییر می‌شود که این فرایند مستلزم داشتن بینش کافی است. سپس به کمک درمانگر اقدام به تغییر باورهای غیرمنطقی خود می‌کند (ایفتن، پردیسکیو، استفن و دیوید، ۲۰۱۵).

ضعف عمده درمان‌های شناختی از جمله درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری این است که عقیده دارند افکار همیشه موجب ایجاد احساسات می‌شوند. این درمان‌ها در برخی مواقع موفق هستند؛ چرا که بین افکار و احساسات همبستگی زیادی وجود دارد. همچنین به دلیل اینکه درمانگران شناختی بر گذشته تمرکز نمی‌کنند و بیشتر بر زمان حال و اکنون تمرکز دارند، این نوع درمان کلید حل مشکلات است. با این حال این رویکرد با تمرکز بر اینکه تفکرات غیرمنطقی سبب ایجاد اختلالات هیجانی می‌شوند، کمتر از درمانگران رویکرد جدید و دیعه‌های انسانی^۵ تأثیرگذار هستند؛ چرا که این رویکرد نو با توجه به دانش فعلی نسبت به عملکرد مغز انسان عمل می‌کند؛ بنابراین، اگر روش‌های درمانی که انتخاب می‌شود دقیقاً مبتنی بر عملکرد مغز انسان باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که نتایج بهتری به دست آید. به همین سبب، در درمان و دیعه‌های انسانی، مدل قدیمی A-B-C با آخرین یافته‌های نورولوژی در مورد تعامل افکار و احساسات به روزرسانی شده است (اوکای،

-
1. Rational-Emotive-Behavior Therapy (REBT)
 2. activating event
 3. consequences
 4. beliefs
 5. human givens

۲۰۱۰). درمان ودیعه‌های انسانی چارچوبی جامع و عملی ارائه می‌کند برای درک آنچه افراد، خانواده‌ها و جوامع نیاز دارند تا از لحاظ ذهنی و روانی سالم باشند. این درمان را گریفین و تیرل (۲۰۰۳) ابداع کردند. آنان با شناخت بیش از چهارصد مدل مختلف روان‌درمانی در دنیای غرب، به‌دنبال اصلاح و ارائه یک مدل واضح و مؤثر بودند که بر اصول علمی و پارادایم‌های دیگر مشاوره‌ای استوار باشد (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱). درمان ودیعه‌های انسانی، ایده‌های مربوط به پارادایم‌های مختلف درمانی از جمله درمان‌های شناختی و رفتاری را با یکدیگر ترکیب می‌کند (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱).

بنابراین، این یافته‌های جدید عصب‌شناسی سبب شد گریفین و تیرل (۲۰۰۳) مدل APET را ارائه دهند. در درمان ودیعه‌های انسانی، برخلاف نظریه عقلانی-عاطفی-رفتاری که مدل A-B-C اساس آن است، مدل APET پایه و اساس این رویکرد جدید را تشکیل می‌دهد. این مدل شبیه مغز انسان عمل می‌کند و براساس آن اطلاعات را پردازش می‌کند (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱). A^۱ یا حادثه فعال در مدل APET یک عامل فعال یا محرک محیطی است (مانند درمان REBT). اطلاعات این محرک‌ها که به‌وسیله حواس دریافت می‌شوند، ابتدا با دانش درونی^۲ و آموخته‌های گذشته انسان انطباق داده می‌شوند که این همان P^۳ یا فرایند تطبیق الگو در مدل APET است. این فرایند انطباق‌دهی الگوها موجب برانگیخته شدن E^۴ یا احساسات می‌شود و این احساسات به‌نوبه خود ممکن است T^۵ یا افکار خاصی را القا کنند؛ هرچند تفکرات می‌توانند نتیجه اجتناب‌ناپذیری از تحریک‌های هیجانی باشند. باین‌حال این یک مدل است که در مقایسه با مدل ABC درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری با واقعیت سازگارتر است (اوکای، ۲۰۱۰).

یکی دیگر از جنبه‌هایی که سبب می‌شود درمان ودیعه‌های انسانی از سایر رویکردهای درمانی متمایز باشد، ایده کلیدی این رویکرد است که بیان می‌کند انسان‌ها دارای نیازهای هیجانی ذاتی^۶ هستند؛ اگر این نیازها به‌طور متعادل ارضا شوند، سلامت عاطفی افراد تضمین می‌شود و اگر در ارضای این نیازها خللی به‌وجود آید ممکن است اختلالات عاطفی و مشکلات روانی رخ دهد (گریفین و تیرل، ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۴؛ ۲۰۰۸). بنابراین بخشی از روان‌درمانی شامل کمک به مراجعان در جهت تشخیص و پاسخگویی به این نیازها است. گریفین و تیرل (۲۰۰۳) همچنین دریافتند علاوه بر نیازها، انسان‌ها به منابع^۷ مجهز هستند که به آن‌ها کمک می‌کند تا به‌وسیله آن‌ها نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند.

با توجه به آنچه بیان شد، می‌توان گفت در زمینه اثربخشی رویکرد عقلانی-عاطفی-رفتاری تحقیقاتی مانند تأثیر درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر باورهای ارتباطی (جوهری، حاجی‌زاده و امینی، ۲۰۱۶)، باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان (مهفر، آمان سینین، مهد نوام، احمد و ون مرزوک، ۲۰۱۳؛ حسنی، محزونی نجف‌آبادی

-
1. activating agent
 2. template
 3. pattern match
 4. emotions
 5. thoughts
 6. innate emotional needs
 7. resources

و لطفی کاشانی، ۱۳۹۰) و باورهای غیرمنطقی همسرگزینی (کرمی بلداجی، ثابت‌زاده، زارعی و صادقی‌فرد، ۱۳۹۳) تأیید شده است. اما در زمینه رویکرد ودیعه‌های انسانی، پژوهش‌های اندکی در داخل کشور انجام گرفته است.

سودانی، شهیدی، ثنایی ذاکر و خجسته‌مهر (۲۰۱۹) در تحقیقی با عنوان «اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی و درمان آدلری بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز» به این نتیجه رسیدند که درمان ودیعه‌های انسانی و درمان آدلری در بهبود و تغییر سبک زندگی روان‌شناختی و همچنین افزایش سطح شادکامی زوجین مؤثر است. در خارج از کشور، تحقیقی با عنوان «ارزیابی خدمات درمان ودیعه‌های انسانی برای جانبازان» توسط بوردت و گرینبرگ^۱ (۲۰۱۹) انجام شد. نتایج نشان داد خدمات این رویکرد درمانی، جایگزین قابل‌قبولی برای برنامه بهبود دسترسی سریع به خدمات روان‌شناختی (IAPT)^۲ سرویس سلامت ملی^۳ انگلستان (NHS) است؛ تا جایی که این مقایسه در مطالعه حاضر توانست با توجه به ابزارها و گروه‌های مختلف، تفاوت را به‌خوبی نشان دهد. شایان ذکر است که خدمات برنامه بهبود دسترسی سریع به خدمات روان‌شناختی (IAPT) ارائه‌شده توسط سرویس سلامت ملی انگلستان در مورد مشکلات رایج نظیر اضطراب و افسردگی، درمان‌های توصیه‌شده‌ای مانند درمان‌های شناختی رفتاری (CBT) ارائه می‌کند. آدامز (۲۰۱۷) در دانشکده علوم اعصاب، روان‌شناسی و رفتار، پژوهشی گسترده با عنوان «کاربرد درمان ودیعه‌های انسانی برای مراجعان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه» انجام داد. نتایج نشان داد بیشتر مراجعان، این درمان را مفید و قابل‌قبول می‌دانند و ۳۷ درصد از مراجعان به درمان بیشتری نیاز ندارند. اندروز، ویسلوکی، شورت، چاو و مینامی (۲۰۱۳) در «ارزیابی پنج‌ساله از اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی با استفاده از یک شبکه تحقیقات کاربردی» به این نتیجه دست یافتند که میانگین نمرات مراجعان در اضطراب، افسردگی، استرس و تروما نسبت به اوایل درمان کاهش پیدا کرده است. تساروچا، کینگستون، استیوارت، والتن و کورپ (۲۰۱۲) در «ارزیابی اثربخشی رویکرد ودیعه‌های در درمان افسردگی: یک مطالعه شبه‌تجربی در مراقبت‌های اولیه» نشان دادند افراد مبتلا به دیابت، طی چهار ماه پس از ارجاع، بهبود عاطفی یافته‌اند. بدین معنی که از شدت افسردگی آنان کاسته شد و بهبودی آنان نیز تا یک سال پس از ارجاع ادامه یافت.

با توجه به توضیحات ارائه‌شده مشخص می‌شود درمان ودیعه‌های انسانی، رویکردی نوظهور است که تأکیدش بر این است که با توجه به داده‌ها و اطلاعاتی که درباره عملکرد مغز و سیستم عصبی به‌دست آمده، هیجان‌ها موجب بروز افکار می‌شوند. همچنین درمان ودیعه‌های انسانی بر نیازهای عاطفی و منابع ذاتی وجود انسان‌ها تأکید دارد که می‌تواند به افراد در جهت بهبود و رفع مشکلات روانی کمک کند. بدین ترتیب این گروه از درمانگران اعتقاد دارند در صورتی که این نیازهای عاطفی برطرف نشود، احتمالاً در فرایند انطباق الگو در مدل APET به‌صورت پاسخ‌های خودکار دوقطبی نمایان می‌شود (مانند امنیت و ناامنی، جنگ و گریز، سیاه و سفید

1. Burdett & Greenberg
 2. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)
 3. National Health service (NHS)

و... که موجب بروز هیجان در افراد می‌شود و این هیجان‌ها نیز به نوبه خود افکار خاصی را القا می‌کنند. با توجه به نبودن درمان ودیعه‌های انسانی، در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی و مقایسه آن با رویکردی قدیمی می‌پردازیم؛ بنابراین مطالعه حاضر به سؤالات زیر پاسخ می‌دهد:

آیا درمان ودیعه‌های انسانی و درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر افکار غیرمنطقی زنان مطلقه شهرکرد تأثیر دارد؟

آیا بین میزان اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی و درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر افکار غیرمنطقی زنان مطلقه شهر شهرکرد تفاوت وجود دارد؟

روش‌شناسی

جامعه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری است و براساس هدف، کاربردی است. جامعه آماری آن شامل تمامی زنان مطلقه شهرکرد است که در فاصله تیرماه سال ۱۳۹۷ تا پایان سال در شهرکرد ساکن بوده‌اند. برای تعیین حجم نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ بنابراین نمونه مورد نظر به صورت در دسترس و از طریق فراخوان، مراجعه به دادگاه‌های خانواده، مراکز مشاوره یا با مراجعه به خانه سلامت شهرکرد براساس ملاک‌های تحقیق انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا با زنان مراجعه‌کننده، یک مصاحبه تشخیصی روان‌شناختی انجام شد و پس از تشخیص افکار غیرمنطقی این افراد، به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. شایان ذکر است که کل مراجعان ۷۸ نفر بودند که از بین آن‌ها ۴۵ نفر که دارای ملاک‌های ورود به طرح درمانی بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به درمان عبارت بودند از: داشتن افکار غیرمنطقی براساس مصاحبه تشخیصی و دارا بودن حداقل تحصیلات پایان دوره متوسطه اول. ملاک‌های خروج از طرح درمانی نیز عبارت بودند از: دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در شش ماه گذشته، سوءمصرف مواد یا الکل، وجود اختلالات شخصیتی و روانی غیر از افسردگی (به دلیل ارتباط این اختلال با افکار غیرمنطقی). درباره ملاک‌های خروج از درمان باید به این نکته اشاره کرد که در جلسات مصاحبه‌های تشخیصی، با سؤالات و بررسی‌های صورت‌گرفته از شرکت‌کنندگان در زمینه سوءمصرف مواد، درمان‌های دارویی و بستری‌بودن در بیمارستان‌های روانی و... ۳۳ نفر به دلیل داشتن ملاک‌های خروجی در نظر گرفته شده، از ورود به جلسات درمانی محروم شدند. شایان ذکر است که در پژوهش حاضر، با بستن قرارداد با افراد گروه نمونه، در مدت اجرای طرح درمانی شاهد هیچ‌گونه ریزشی در تعداد نمونه نبودیم. در قرارداد مذکور، شرح کوتاهی از جلسات درمانی ذکر شد و مهم‌ترین تعهدات درمانگر از قبیل ارائه اطلاعات لازم به مراجعان در خصوص درمان پیشنهادی و نیز محرمانه نگه‌داشتن اسرار و اطلاعات مراجعان ارائه شد و در مقابل مراجعان ملزم و متعهد شدند در همه جلسات درمانی حضور داشته باشند، در اجرای بهتر درمان با درمانگر مشارکت و همکاری کنند و اطلاعات لازم را در خصوص وضعیت سلامت روحی-روانی خود در اختیار درمانگر قرار دهند.

ابزار سنجش

آزمون عقاید غیرمنطقی جونز^۱ (IBT): این آزمون برای سنجش باورهای غیرمنطقی در سال ۱۹۶۸ توسط جونز تهیه شد که دربرگیرندهٔ صد گویه است. هر عبارت به صورت لیکرت و به صورت پنج‌درجه‌ای از «به شدت مخالفم» تا «به شدت موافقم» نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ بالاتر در آزمون بیانگر غیرمنطقی بودن باور فرد است (زاده‌حسن و سراج خرمی، ۱۳۹۸). جونز (۱۹۶۸) با استفاده از روش بازآزمایی مشاهده کرد که پایایی آزمون ۰/۹۲ است و پایایی هریک از مقیاس‌های ده‌گانهٔ آن ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ است. جونز همچنین میانگین پایایی همهٔ خرده‌مقیاس‌ها را ۰/۷۴ گزارش کرد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۰). زوراسکی و اسمیت (۱۹۸۷) در تحقیقات متعددی روایی و اگرایی این آزمون را با بررسی همبستگی بین آزمون باورهای غیرمنطقی و آزمون باورهای منطقی، یک بار ۰/۶۶ و بار دیگر ۰/۷۱ گزارش کردند. همچنین روایی همگرایی آزمون جونز را از طریق همبستگی این دو آزمون با آزمون‌هایی نظیر آزمون وضعیت اضطراب، آزمون افسردگی بک و آزمون وضعیت خشم به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۵۹، ۰/۷۰، ۰/۵۵ و ۰/۵۰ گزارش کردند که همگی در سطح ۰/۹۹ معنادار شدند. در مطالعهٔ بالکس (۲۰۱۳) روایی هم‌زمان این آزمون ۰/۵۹، ۰/۷۰ و ۰/۵۵ گزارش شده است. همچنین دوناپوش (۱۳۷۷) روایی این آزمون را به روش صوری و همگرا از طریق همبستگی آزمون جونز با آزمون افسردگی بک با ضریب ۰/۸۲ تأیید کرده است (به نقل از دهکردی، صالحی و رضایی، ۱۳۹۲). نلسون (۱۹۷۷) پایایی آزمون باورهای غیرمنطقی را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ و از طریق تصنیف ۰/۷۳ گزارش کرد که نشان از پایایی مطلوب این آزمون دارد و میانگین پایایی مؤلفه‌های آن نیز ۰/۷۴ به دست آمد. در ایران نیز پایایی این آزمون در پژوهشی که توسط تقی‌پور (۱۳۷۷)، با استفاده از یک نمونهٔ ۱۰۶ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی، با میانگین سنی ۲۴/۲۵ صورت گرفت، از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد که پایایی مناسبی برای این پرسشنامه به حساب می‌آید.

جلسات آموزشی پژوهش

متغیر مستقل در این پژوهش شامل هفت جلسه درمان اضطراب برای گروه‌های آزمایشی به شیوهٔ ودیعه‌های انسانی و درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری است که به صورت گام‌به‌گام و همراه با دفترچهٔ راهنمای داوطلبان و دفترچهٔ راهنمای مشاور تنظیم و اجرا شد. جلسات درمان ودیعه‌های انسانی به شرح جدول ۱ و جلسات درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری به شرح جدول ۲ است.

در ابتدای جلسات درمانی سعی شد اعضا با ضرورت درمان و همچنین قوانین حاکم بر روند درمان (رازداری، بازبودن و اعتماد به اعضای گروه) آشنا شوند. سپس شرایط ورود اعضا به جلسات درمانی (لزوم شرکت منظم،

1. Jones Irrational Beliefs Test (IBT)

نداشتن غیبت در جلسات، فعالیت مؤثر) و شرایط خروج آن‌ها از روند درمان (حضورنداشتن در جلسات، داشتن غیبت مکرر، رعایت نکردن قوانین و داشتن بیماری حاد فردی) به‌طور کامل برای آزمودنی‌ها شرح داده شد.

جدول ۱- پروتکل درمانی رویکرد ودیعه‌های انسانی بر افکار غیرمنطقی زنان مطلقه

جلسه	فعالیت‌ها
اول	برقراری ارتباط درمانی؛ ارزیابی وضعیت و شدت اختلال؛ استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و مراقبه در جهت کاهش میزان اختلالات هیجانی (مانند آرام‌سازی عضلانی)؛ بیان مقدمات اساسی درباره رویکرد ودیعه‌های انسانی؛ توضیح مدل (APET) و نحوه بروز بیماری‌ها
دوم	بررسی و ارزیابی نیازهای عاطفی و نقش آن‌ها در بروز اختلالات هیجانی و ارتباط آن‌ها با الگوها و قالب‌های ذهنی؛ مشخص کردن منابع انسانی هر مراجع در جهت کمک به ارضای نیازهای عاطفی؛ ارائه تکلیف (شناسایی نیازهایی از قبیل امنیت، توجه مثبت، ارتباط با جامعه گسترده‌تر و... و ارائه آن‌ها در جلسه آینده)
سوم	استفاده از الگوی درمانی RIGAAR و بررسی نیازهای ارضاننده هر مراجع؛ تعیین الگوهای تطبیقی مراجعان و ارتباط آن‌ها با نیازهای عاطفی ارضاننده؛ نحوه بروز هیجان‌ها بر اثر مواجهه محرک‌ها با الگوها و قالب‌های ذهنی؛ ارائه تکلیف (مانند شناسایی محرک‌های برانگیزاننده و...)
چهارم	حفظ الگوی درمانی RIGAAR، پرداختن به منابع ذاتی (توانایی‌های ذاتی مانند همدلی، خاطرات گذشته، رویاپردازی، ذهن متفکر و...) مراجعان؛ استفاده از منابع مراجعان در جهت ارضاکردن نیازهای عاطفی؛ استفاده از منابع انسانی در جهت از بین بردن الگوهای تطبیقی نامناسب و ناکارآمد؛ ارائه تکلیف
پنجم	عمل براساس ساختار جلسات تعیین شده RIGAAR؛ بررسی افکار غیرمنطقی مراجعان؛ برقراری ارتباط بین این افکار با الگوها و قالب‌های تطبیقی و ذهنی؛ کار روی هیجان‌هایی که سبب بروز افکار غیرمنطقی می‌شوند؛ ارائه تکلیف (تکالیف مربوط به تفکرات غیرمنطقی برخاسته از حالت‌های هیجانی شدید)
ششم	تحلیل کلی اطلاعات با رویکرد امیدواری و خوش‌بینی به زندگی با استفاده از استعاره‌ها و ساخت نقشه‌های ذهن برای دریافت و احساس قدرت در به‌کارگیری منابع ارزشمند فردی
هفتم	تحلیل شیوه ارضای نیازها و منابع فردی در اجتماع و ایجاد یک داستان جدید برای زندگی و تفکر به شیوه متفاوت و موفق؛ دستیابی به شرایط مناسب و تعیین راهبردهای مناسب درمانی برای تغییرات مثبت و دست‌یافتنی در مراجع

جدول ۲- پروتکل درمانی رویکرد عقلانی-عاطفی-رفتاری بر افکار غیرمنطقی زنان مطلقه

جلسه	رئوس مطالب هر جلسه
اول	آشنایی و برقراری ارتباط با آزمودنی‌ها؛ تبیین فواید، اهداف و قوانین؛ تعریف و شرح ویژگی‌های افکار غیرمنطقی؛ شرح ویژگی‌های افراد دارای افکار غیرمنطقی و افراد دارای افکار کارآمد
دوم	تبیین زیربنایی نظریه عقلانی-عاطفی-رفتاری
سوم	معرفی عقاید ناکارآمد در زمینه طلاق؛ تبیین تأثیرگذاری این نگرش‌های ناکارآمد در رفع آرامش و ایجاد اضطراب و افسردگی براساس الگوی A-B-C
چهارم	ارائه راهکارهای مقابله با نگرش‌های ناکارآمد در زمینه طلاق و جدایی و جایگزینی افکار منطقی
پنجم	ایفای نقش درباره مفاهیم جلسات قبل و عینی کردن نحوه تأثیر عقاید غیرمنطقی در گزینش موقعیت فرد مضطرب از طریق تعامل افراد با خودشان و اطرافیان
ششم	آموزش روش حل مسئله؛ نحوه ارائه راهکارهای منطقی به‌جای تمرکز بر نگرش‌های ناکارآمد
هفتم	بحث درمورد مطالب جلسات گذشته؛ ارائه دو سؤال با پاسخ باز و بحث درباره آن‌ها؛ نتیجه‌گیری

شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای بررسی میزان تأثیر مداخلات صورت‌گرفته، از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس مکرر و آزمون بونفرونی به‌همراه آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌های آماری) استفاده شد. در نهایت عملیات آماری با نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

اخلاق پژوهش

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف مطالعه و شرکت در پژوهش به‌طور کامل به تمامی شرکت‌کنندگان به‌صورت انفرادی توضیح داده شد؛ بنابراین شرکت‌کنندگان با رضایت کامل وارد فرایند مطالعه شدند. به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات فردی اخذشده محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین بعد از اتمام این طرح آزمایشی، از اعضای گروه گواه خواسته شد تا برحسب اختیار، از بین دو درمان، یعنی رویکرد ودیعه‌های درمانی و رویکرد عقلانی-عاطفی-رفتاری، یکی را انتخاب کنند. سپس با توجه به انتخاب آن‌ها، رویکرد ودیعه‌های انسانی درمورد آن‌ها به‌کار گرفته شد.

یافته‌ها

الف) توصیف جمعیت‌شناختی

جدول ۳- توصیف جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه کنترل	گروه REBT	گروه HGT
سن	۷	۵	۶
۱۸-۲۵ سال	۴۶/۷	۳۳/۳	۴۰/۰
۲۶-۳۲ سال	۵	۶	۴
۳۳-۳۹ سال	۳	۴	۵
تحصیلات	۶	۷	۷
سیکل و زیردیپلم	۴۰/۰	۴۶/۷	۴۶/۷
دیپلم و فوق‌دیپلم	۵	۵	۶
لیسانس و بالاتر	۴	۳	۲
	۲۶/۷	۲۰/۰	۱۳/۳

در جدول ۳، فراوانی سن و تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، فراوانی رده سنی ۱۸-۲۵ سال در گروه‌های کنترل، REBT و HGT به‌ترتیب ۴۶/۷ درصد، ۳۳/۳ درصد و ۴۰/۰ درصد است. فراوانی رده سنی ۲۶-۳۲ سال در این سه گروه به‌ترتیب ۳۳/۳ درصد، ۴۰/۰ درصد و ۲۶/۷ درصد است. همچنین فراوانی رده سنی ۳۳-۳۹ سال به‌ترتیب ۲۰/۰ درصد، ۲۶/۷ درصد و ۳۳/۳ درصد است. فراوانی تحصیلات سیکل و زیردیپلم به‌ترتیب ۴۰/۰ درصد، ۴۶/۷ درصد و ۴۶/۷ درصد است. فراوانی تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم به‌ترتیب ۳۳/۳ درصد، ۳۳/۳ درصد و ۴۰/۰ درصد است. همچنین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس و بالاتر به‌ترتیب ۲۶/۷ درصد، ۲۰/۰ درصد و ۱۳/۳ درصد است.

ب) توصیف شاخص‌ها

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه در سه مرحله مختلف تحقیق

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
			میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
عقاید	کنترل	۱۵	۸/۳۲±۴۱۳/۳۳	۷/۵۸±۴۱۱/۳۷	۸/۴۲±۴۱۲/۲۰		
غیرمنطقی	(REBT)	۱۵	۸/۷۴±۴۱۲/۴۰	۸/۴۵±۲۳۸/۶۷	۷/۲۹±۲۴۳/۴۶		
(کل)	(HGT)	۱۵	۸/۴۵±۴۱۱/۱۳	۸/۳۴±۲۳۵/۳۳	۷/۳۰±۲۴۱/۸۰		

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه‌های آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت زیادی با مرحله پیش‌آزمون دارد. بدین معنی که با توجه به اینکه در پرسشنامه عقاید غیرمنطقی جونز (۱۹۶۸) نمره بالاتر نشان‌دهنده عقاید ناکارآمد بیشتر است، در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش شاهد کاهش میانگین نمرات عقاید ناکارآمد هستیم؛ درحالی‌که در گروه کنترل، تغییرات میانگین زیادی در سه مرحله آزمایش مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین به منظور تعیین معناداری تفاوت میانگین‌ها در دو گروه آزمایش و گروه کنترل و همچنین بین سه مرحله آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از تحلیل واریانس مکرر استفاده شد.

ج) آزمون‌های نرمال

پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس، با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون بررسی شد. با توجه به جدول ۵، پیش‌فرض نرمال بودن با آزمون شاپیرو-ویلک، تساوی واریانس با آزمون لوین و برقرار بودن کرویت (یعنی برابری واریانس تفاوت تمام زوج‌های اندازه‌گیری مکرر) با آزمون موخلی بررسی شد. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵- نتایج آزمون کرویت موخلی باورهای غیرمنطقی برای بررسی پیش‌فرض تحلیل

واریانس مکرر

مراحل آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		آزمون موخلی	
	آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری
پیش‌آزمون	۰/۹۵۰	۰/۵۲	۰/۰۴۲	۰/۹۶		
پس‌آزمون	۰/۹۷۱	۰/۸۷	۰/۲۵	۰/۷۷	۰/۸۹	۰/۰۹
پیگیری	۰/۹۴۱	۰/۳۹	۰/۲۳	۰/۷۹		

با توجه به نتایج جدول ۵، معنادار نبودن آماره مربوط به آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین و آزمون موخلی نشان می‌دهد پیش‌فرض‌های نرمال بودن، تساوی واریانس و پیش‌فرض کرویت برای متغیر باورهای غیرمنطقی برقرار است.

د) آزمون فرضیه‌ها

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مربوط به باورهای غیرمنطقی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر	توان آماری
باورهای غیرمنطقی (کل)	گروه	۳۹۷۷۶۸/۷۱	۲	۱۹۸۸۸۴/۳۵	۱۶۴۷/۰۱*	۰/۹۸	۱
	خطا	۵۰۷۱/۶۸	۴۲	۱۲۰/۷۵			
	عامل	۳۹۸۲۷۲/۹۳	۲	۱۹۹۱۳۶/۴۶	۵۰۷۰/۲۹*	۰/۹۹	۱
	عامل و گروه	۱۹۳۵۸۹/۲۸	۴	۴۸۳۹۷/۳۲	۱۲۳۲/۲۶*	۰/۹۸	۱
	خطا (عامل و گروه)	۳۲۹۹/۱۱	۸۴	۳۹/۲۷			

در جدول ۶، نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر بین سه گروه پژوهش در سه سطح اجرا برای باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه ارائه شده است. براساس نتایج جدول، بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان باورهای غیرمنطقی (کل) تفاوت معنادار وجود دارد ($F = ۱۶۴۷/۰۱$ ، $P < ۰/۰۰۱$). اندازه اثر ۰/۹۸ و توان ۱/۰ بیانگر دقت معناداری در این زمینه است. بدین معنا که مداخلات درمانی سبب شده که حداقل یک گروه از لحاظ میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی با دو گروه دیگر تفاوت داشته باشد. در ادامه نتایج درون گروهی نیز نشان می‌دهد میانگین نمرات عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از لحاظ آماری معنادار است ($F = ۵۰۷۰/۲۹$ ، $P < ۰/۰۰۱$). به این معنی که میانگین نمرات سه مرحله آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نیز تفاوت دارد. در نهایت نتایج نشان داد تعامل بین عامل و گروه نیز از لحاظ آماری معنادار است ($F = ۱۲۳۲/۲۶$ ، $P < ۰/۰۰۱$). با معنادار شدن تفاوت میانگین نمرات سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل، از مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها I-J) آزمون بونفرونی (جدول ۷) استفاده شد.

جدول ۷- نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه باورهای غیرمنطقی (کل) در سه گروه پژوهش

مقایسه عامل (آزمون) و گروه مربوط به افکار غیرمنطقی تفاوت میانگین‌ها خطای استاندارد معناداری					
آزمون					
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱۷/۲۰	۱/۳۸	۰/۰۰۱	
پیش‌آزمون	پیگیری	۱۱۳/۱۳	۱/۴۷	۰/۰۰۱	
پس‌آزمون	پیگیری	-۴/۰۶	۱/۰۸	۰/۰۰۱	
گروه					
گروه کنترل	گروه REBT	۱۱۴/۰۸	۲/۳۱	۰/۰۰۱	
گروه کنترل	گروه HGT	۱۱۶/۱۷	۲/۳۱	۰/۰۰۱	
گروه REBT	گروه HGT	۲/۰۸	۲/۳۳	۰/۹۹	
میانگین‌های تعدیل‌شده					
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	گروه گواه	گروه REBT	گروه HGT
۴۱۲/۲۸	۲۹۵/۰۸	۲۹۹/۱۵	۴۱۲/۲۶	۲۹۸/۱۸	۲۹۶/۰۹

در جدول ۷ نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌های پژوهش ارائه شده است. نتایج مقایسه تفاوت میانگین درون گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داد تفاوت میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون (۱۱۷/۲۰)، پیش‌آزمون-پیگیری (۱۱۳/۱۳)، پس‌آزمون-پیگیری (-۴/۰۶) در سطح $P < 0/001$ معنادار است. با مراجعه به میانگین‌های تعدیل‌شده در جدول ۷ درمی‌یابیم میانگین‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است؛ بنابراین عقاید غیرمنطقی در این دو مرحله در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش معناداری یافته است. بدین ترتیب اثر مداخلات درمانی در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. بررسی اختلاف میانگین‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون-پیگیری نشان می‌دهد بعد از چهار ماه، گروه پیگیری به میزان اندکی (-۴/۰۶) افزایش معنادار داشته است. براساس نتایج مقایسه تفاوت میانگین بین گروهی، تفاوت میانگین گروه گواه با گروه آزمایش عقلانی-عاطفی-رفتاری برابر ۱۱۴/۰۸ و تفاوت میانگین گروه گواه با گروه آزمایش ودیعه‌های انسانی برابر ۱۱۶/۱۷ است که هر دو در سطح $P < 0/001$ معنادار هستند؛ بنابراین با توجه به میانگین تعدیل‌شده مربوط به گروه‌های پژوهش در جدول ۷ می‌توان بیان کرد که میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش معناداری پیدا کرده است. این بدین معنا است که هم درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری و هم ودیعه‌های انسانی اثربخش بوده‌اند و توانسته‌اند عقاید غیرمنطقی را در دو گروه آزمایش کاهش دهند. همچنین نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت میانگین بین دو گروه آزمایش عقلانی-عاطفی-رفتاری و ودیعه‌های انسانی برابر ۲/۰۸ است که از لحاظ آماری معنادار نیست. پس بین میزان اثربخشی این دو روش درمان در کاهش باورهای غیرمنطقی تفاوتی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی و درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر عقاید ناکارآمد زنان مطلقه شهرکرد و همچنین مقایسه میزان اثربخشی این دو روش درمانی بود. با توجه به اینکه تحقیقات در ایران و در کشورهای مختلف نشان دادند که زنان بعد از طلاق دچار مشکلات بسیار زیادی نظیر افسردگی، استرس، اضطراب و افکار غیرمنطقی می‌شوند، در این پژوهش، اثربخشی دو روش درمانی بر میزان عقاید غیرمنطقی زنان مطلقه بررسی شد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد هم درمان ودیعه‌های انسانی و هم درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر میزان عقاید غیرمنطقی زنان مطلقه تأثیرگذارند و توانسته‌اند عقاید غیرمنطقی زنان مطلقه را به‌طور معناداری کاهش دهند. همچنین نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری و درمان ودیعه‌های انسانی بر کاهش میزان عقاید غیرمنطقی (کل) تفاوت معناداری وجود ندارد. درنهایت مشخص شد آثار درمانی هر دو رویکرد بعد از چهار ماه حفظ شده است.

درباره اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر باورهای غیرمنطقی، تحقیقات زیادی از جمله اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر باورهای ارتباطی (جوهری و همکاران، ۲۰۱۶)، باورهای غیرمنطقی دانش آموزان (مهفر و همکاران، ۲۰۱۳؛ حسنی و همکاران، ۱۳۹۰) و باورهای غیرمنطقی همسرگزینی (کریمی بلداجی و همکاران، ۱۳۹۳) انجام گرفته که با نتایج تحقیق حاضر همسو و همخوان است. به‌منظور تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت شکست در زندگی زناشویی و روی دادن واقعه طلاق، نشخوار فکری و مشغولیت ذهنی زنان مطلقه درباره رویدادهای گذشته را افزایش می‌دهد و سبب افزایش هیجان‌های منفی و نگرانی آن‌ها درمورد آینده و متعاقباً ایجاد فشارهای روانی و اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب می‌شود. در درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، به‌جای پرداختن به علل ایجاد اختلالات، به شناخت‌های ناکارآمد افراد، نگرانی‌ها و حالات خلقی ناپایدار و رفتارهای ناشی از افکار و عقاید غیرمنطقی توجه صورت می‌گیرد. در این رویکرد، به زنان مطلقه کمک شد تا بتوانند عقاید و افکار نامعقول خود را شناسایی کنند و سعی کنند این عقاید ناکارآمد را اصلاح کنند که به دنبال این تغییر، از بروز هیجان‌ها و رفتارهای نگرانی‌آور نظیر افسردگی و اضطراب جلوگیری به عمل آورد؛ بنابراین زنان مطلقه با شناسایی و به‌چالش کشیدن افکار غیرمنطقی خود در ارتباط با شکست‌ها و ناکامی‌های مرتبط با طلاق و جایگزین کردن آن‌ها با افکار سازنده، آرامش روانی و جسمی بیشتری را تجربه کردند. درنتیجه میزان باورهای غیرمنطقی این زنان کاهش معناداری یافت.

درباره اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی نیز پژوهش‌هایی نظیر سودانی و همکاران (۲۰۱۹)، آدامز (۲۰۱۷)، بوردت و گرینبرگ (۲۰۱۹)، و تساروچا و همکاران (۲۰۱۲) انجام شده است که با نتایج تحقیق حاضر هم‌راستا است. به‌طور کلی می‌توان گفت در درمان باورهای غیرمنطقی با رویکرد ودیعه‌های انسانی، دیدگاه متفاوت و جدیدی در برابر رویکردهای سنتی وجود دارد. درمان ودیعه‌های انسانی یکی از درمان‌های پسامدرن و تأثیرگذار است که براساس افکار، نگرش‌ها و توانمندی‌های ذاتی انسان طراحی شده است. ترکیبی از تعدادی نظریه‌های درمانی گذشته و حال حاضر در رویکرد ودیعه‌های انسانی، نتایج مثبتی را به‌همراه داشته است. درمان ودیعه‌های انسانی تأکید می‌کند که افکار همیشه با هیجان‌ها و رفتار در ارتباط هستند (سودانی و همکاران، ۲۰۱۹؛ گریفین

و تیرل، ۲۰۰۶). در این راستا، نتایج تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که رویکرد ودیعه‌های انسانی می‌تواند شادکامی را در میان زوجین افزایش دهد. اندروز و همکاران (۲۰۱۳) نیز دریافتند که استفاده از درمان ودیعه‌های انسانی شادکامی را در میان زوجین افزایش می‌دهد. این رویکرد درمانی بر نقاط قوت و منابع وجودی مراجعان تأکید دارد. در این دیدگاه، به جای تمرکز بر جنبه‌های آسیب‌زا و مضر مراجعان، درمانگران به دنبال تشویق زوجین برای جست‌وجو و به‌کارگیری منابع و توانمندی‌های وجودی خود در جهت رفع مشکلات هستند. در تعدادی از پژوهش‌ها مشخص شد که درمان ودیعه‌های انسانی از میزان افسردگی و اندوه زوجین کاسته و موجب بهبودی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین شده است (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱؛ ورم، ۲۰۱۶؛ اندروز و همکاران، ۲۰۱۳). به‌منظور تبیین می‌توان گفت درمان در رویکرد ودیعه‌های انسانی در دو بخش انجام می‌گیرد. در این درمان اعتقاد بر آن است که اختلالات هیجانی با سوگیری‌های ذهنی در ارتباط است. بدین گونه که فرد بیشتر بر نقاط برجسته منفی در زندگی تمرکز می‌کند؛ بنابراین فردی که دارای مشکل است، همواره در حال تجدید تجربه‌های منفی زندگی است که این تجارب منفی را بر اساس قالب‌ها و الگوهای منفی که در ناخودآگاه خود دارد، مطابقت می‌دهد. پس محرک‌های جدیدی که به ذهن هوشیار می‌رسند، قبل از رسیدن به آگاهی، توسط قالب‌های منفی ذهن بررسی می‌شوند تا تجربیات منفی را از بین این محرک‌ها گزینش کنند. بدین ترتیب ادراک به‌طور پیوسته و ناآگاهانه توسط قالب‌های منفی ذهن دچار تغییر می‌شود که حاصل آن نشخوارهای منفی ذهن در این افراد و ایجاد اضطراب و افسردگی است. در شناخت‌درمانی به افراد کمک می‌شود تا شناخت‌های ناکارآمد را به چالش بکشند و افکار و عقاید مثبت و موفقیت‌آمیز را جایگزین آن‌ها کنند. اما در رویکرد ودیعه‌های انسانی ذهنی که به‌وسیله قالب‌های منفی بر تفکرات تأثیر می‌گذارد، بازسازی ذهنیت و حافظه به شکل مثبت برای زنان مطلقه دشوار است؛ بنابراین ایجاد نگرش مثبت به زندگی، در حال برای آنان کار آسانی نیست. با وجود این، درمان مبتنی بر مدل APET رویکرد متنوع‌تر و خلاق‌تری برای تغییر الگوها و قالب‌های غیرمفید، با استفاده از استعاره و داستان فراهم ساخته که بر ذهن ناخودآگاه، تأثیر مستقیم و قدرتمندتری از روش عقلانی-عاطفی-رفتاری دارد که مرحله اول درمان را شامل می‌شود (ورنون، ۲۰۰۳؛ اوکای، ۲۰۱۰). به زبان ساده‌تر، در مرحله اول درمان، قالب‌ها و الگوهای منفی زنان مطلقه در ارتباط با مسائل و مشکلات طلاق که موجب بروز هیجان‌هایی مانند اضطراب، افسردگی و متعاقباً افکار ناکارآمد مرتبط با آن می‌شدند، شناسایی شدند و با استفاده از استعاره، داستان‌ها و تکنیک‌های مختلف سعی شد تا قالب‌ها و الگوهای مثبت جایگزین آن‌ها شوند. این قالب‌های مثبت، هیجان‌های مثبت به‌همراه داشتند که سبب شدند افکار منفی نیز در زنان مطلقه تغییر کند. اما در بخش دوم درمان ودیعه‌های انسانی سعی شد تا به زنان مطلقه که درگیر باورهای غیرمنطقی بودند کمک شود تا با شناسایی منابع وجودی خود بتوانند نیازهای عاطفی‌ای نظیر امنیت^۲، حس خودمختاری^۳، و ارائه و دریافت توجه خود را ارضا کنند. زمانی که این زنان توانستند با توجه به منابع

1. Verme
2. Security
3. Volition

وجودی خود مانند همدلی، خودمشاهده‌گری و آگاهی نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند، به تدریج علائم باورهای غیرمنطقی در آنان کاهش پیدا کرد؛ بنابراین با توجه به نتایج تحقیقات گذشته و تبیین ارائه‌شده، اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی نیز تأیید شد. درباره تفاوت در میزان اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری و درمان نوظهور ودیعه‌های انسانی نیز باید گفت با توجه به بدیع بودن درمان ودیعه‌های انسانی باید بیشتر به این مقوله پرداخته شود؛ چرا که پژوهش‌های کمتری در این زمینه وجود دارد؛ بنابراین توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی رویکرد ودیعه‌های انسانی با درمان‌های دیگر مقایسه شود تا هم اثربخشی و هم توان این روش درمانی در مقایسه با دیگر رویکردهای درمانی مشخص شود.

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر، تعمیم نتایج پژوهش حاضر به جوامع مشابه با توجه به نمونه‌گیری در دسترس است که باید با احتیاط انجام گیرد. نکته دیگر کمبود منابع فارسی در ارتباط با رویکرد جدید ودیعه‌های انسانی است. در ادامه با توجه به نتایج مثبت اثربخشی دو رویکرد ودیعه‌های انسانی و رویکرد عقلانی-عاطفی-رفتاری، پیشنهاد می‌شود محققان دیگر، پژوهش حاضر را با دیگر رویکردها مانند طرح‌واره‌درمانی و شناخت‌درمانی بک بررسی و مقایسه کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر این رویکرد نوین بر متغیرهای جدید نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی مراکز مشاوره شهرستان شهرکرد و تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، به‌ویژه شرکت‌کنندگان محترم، کمال تشکر را داریم.

منابع

- الیس، آ.، سیگل، جی. ال.، یایدر، آر.، دیاباتیا، وی. جی.، و جزوپ، آر. دی. (۱۳۷۵). زوج‌درمانی. ترجمه جواد صالحی فداردی و امیر امین‌یزدی. تهران: میثاق.
- بشارت، م.، تیکدری‌نژاد، آ.، بهرامی احسان، آ.، و رضازاده، م. (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی و مشکلات زناشویی. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۲(۲)، ۴۴-۲۹.
- تقی‌پور، م. (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه میزان باورهای غیرمنطقی در بین بیماران روان‌تنی و افراد بهنجار (ساله) ۲۰-۵۰ ساله شهر تهران. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی*. دانشگاه علامه طباطبایی.
- حسینی، ف.، محزونی نجف‌آبادی، م.، و لطفی کاشانی، ف. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر عقاید ناکارآمد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱(۱)، ۴۲-۲۳.
- زاده‌حسن، ج.، و سراج خرمی، ناصر. (۱۳۹۸). همبستگی بین هوش هیجانی، تکانشگری و باورهای غیرمنطقی با آمادگی به اعتیاد در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۴(۴)، ۲۲۲-۲۱۵.
- علی‌اکبر دهکردی، م.، صالحی، ش.، و رضایی، آ. (۱۳۹۲). مقایسه باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی در بین

بیماران کرونر قلب و افراد عادی. *روان‌شناسی سلامت*. ۲(۶)، ۳۶-۱۸.

کرمی بلداجی، ر.، ثابت‌زاده، م.، زارعی، آ.، و صادقی‌فرد، م. (۱۳۹۳). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه عقلائی-عاطفی- رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد همسرگزینی دختران و پسران. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*. ۲(۷)، ۱۷۱-۱۸۸.

References

- Adams, S. (2017). Human Givens Rewind Treatment for PTSD and Sub-threshold Trauma. *Thesis Submitted for the Degree of Doctor of Psychology (PsyD)*. Department of Neuroscience, Psychology and Behaviour. University of Leicester.
- Andrews, W. P., Wislocki, A. P., Short, F., Chow, D., & Minami, T. (2013). A Five-Year Evaluation of the Human Givens Therapy Using a Practice Research Network. *Mental Health Review*. 8(3), 165-176.
- Balkis, M. (2013). Academic Procrastination, Academic Life Satisfaction and Academic Achievement: The Mediation Role of Rational Beliefs about Studying. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*. 13(1), 57-74.
- Burdett, H., & Greenberg, N. (2019). Service Evaluation of a Human Givens Therapy Service for Veterans. *Occupational Medicine*. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz045>.
- Dryden, W. (2009). *Rational-Emotive Behavior Therapy; Distinctive Features*. New York: Routledge Press.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming Destructive Beliefs, Feeling, and Behavior*. Amherst, NY: Prometheus Book. 532-533.
- Filipović, S., Vukosavljević-Gvozden, T., & Opačić, G. (2016). Irrational Beliefs, Dysfunctional Emotions, and Marital Adjustment: A Structural Model. *Journal of Family Issues*. 37(16), 2333-2350.
- Fincham, F. D. (2003). Marital Conflict: Correlates, Structure, and Context. *Current Directions in Psychological Science*. 12(1), 23-26.
- Froggatt, W. (2005). A Brief Introduction to Rational Emotive Behaviour Therapy. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behaviour Therapy*. 3(1), 1-15.
- Gahler, M. (2006). To Divorce Is to Die a bit: A longitudinal Study of Marital Disrupt and Psychological Distress among Swedish Women and Men. *Journal of Counseling Therapy Couples Families*. 14(4), 372-82.
- Griffin, J., & Tyrrell, I. (2003). *A New Approach to Emotional Health and Clear Thinking*. Chalvington: Human Givens Publishing Ltd.
- Griffin, J., & Tyrrell, I. (2004). *Human Givens: A New Approach to Emotional Health and Clear Thinkin*. Chalvington: Human Givens Publishing Ltd.
- Griffin J., & Tyrrell I. (2006). *Human Givens, a New Approach to Emotional Health*

- and Clear Thinking*. London: HG Publishing.
- Griffin, J., & Tyrrell, I. (2008), *An Idea in Practice: Using the Human Givens Approach*. Chalvington: Human Givens Publishing Ltd.
- Hamamci, Z. (2005). Dysfunctional Relationship Beliefs in Marital Conflict. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 23(3), 245–261.
- Iftene, F., Predescu, E., Stefan, S., & David D. (2015). Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy (REBT/CBT) versus Pharmacotherapy Versus REBT/CBT Plus Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder in Youth; A Randomized Clinical Trial. *Journal of Psychiatric Research*. 225(3), 687–94.
- Johari, S., Haji Zadeh, H., & Amini, P. (2016). The Effectiveness of Group Training of Rational- Emotive Behavior Therapy on Communicative Beliefs of the Couples Referred to Counseling Centers in Isfahan. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research (IJBR)*. 7(4), 803–810.
- Jones, R. G. (1968). *A Factored Measure of Ellis' Irrational Belief System with Personality and Maladjustment Correlates*. [Dissertation]. Lubbock, Texas: Texas Tech University.
- Kadir, NB., & Bifulco, A. (2011). Vulnerability, Life Events and Depression amongst Moslem Malaysian Women: Comparing Those Married and Those Divorced or Separated. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 46(9), 853–862.
- Mahfar, M., Senin, A., Noah, S., Ahmad, J., and Wan Jaafar, W. Mi. (2014). Effects of Rational Emotive Education Module on Irrational Beliefs and Stress among Fully Residential School Students in Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 114(1), 239–243.
- Nelson RE. (1977). Irrational Beliefs in Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45(6), 1190-1191.
- Okhai, F. (2010). Human Givens Psychotherapy. *The Arab Journal of Psychiatry*, 21(1), 9–28.
- Sodani, M., Shahidi, M., Sanai Zaker, B., & Khojastemehr, R. (2019). An Investigation into the Effectiveness of Human Givens and Adlerian Therapy on Happiness and Psychological Well-Being of Students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *NeuroQuantology*. 17(04), 18–25.
- Tsaroucha, A., Kingston. P., Stewart, T., Walton, L., & Corp, N. (2012). Assessing the Effectiveness of the “Human Givens” Approach in Treating Depression: A Quasi Experimental Study in Primary Care. *Jornal of Mental Health Review*. 17(2), 90–103.
- Van Jaarsveld, W. (2007). *Divorce and Children in Middle Childhood: Parents' Contribution to Minimize the Impact*. Thesis Dissertation of Play Therapy. *Faculty of Social Work and Criminology*. University of Pretoria.

- Verme, P. (2016). Adlerian Brief Therapy in Happiness, Wellbeing and Self-Control. *Journal of Economic Behavior & Organization: 71(2)*, 146–161.
- Vernon, A. (2003). Rational-Emotive Behavior Therapy. In Capuzzi, D., & Gross, D., *Counseling and Psychology Therapy*. New Jersey: Columbus, Ohio Uppersaddle Riever.
- Yates, Y., & Atkinson, C. (2011). Using Human Givens Therapy to Support the Well-Being of Adolescents: Pastoral Care in Education. *An International Journal of Personal, Social and Emotional Development. 29(1)*, 35–50.
- Zurawski R. M., & Smith T. W. (1987) Assessing Irrational Beliefs and Emotional Distress: Evidence and Implications of Limited Discriminant Validity. *Journal of Counseling Psychology. 34(2)*, 224-227.