

اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با روش عقلانی-عاطفی-رفتاری بر مولفه‌های سلامت عمومی در دانش‌آموزان پسر

A study of the impact of rational-emotive-behavioral therapy (Ellis irrational beliefs) as group counselling methods on sub-scales general health recovery in male high school students

غلامرضا رجیبی^۱ و سونا کارجو کسمایی^۲
Gh. Rajabi¹ & S. Karjo Kasmayi²

Abstract: The aim of this research was to investigate the effectiveness of group counseling emphasizing the effect of Rational-Emotive-Behavioral Therapy on sub-scales General Health Questionnaire in third grade male high school students in Ahvaz city. 200 male students of education 1 and 4 regions were randomly selected and General Health Questionnaire (GHQ-28) completed. Then 30 male participants were selected according to cut-off point in inventory. Next, the participants were randomly assigned into experimental and control groups (each group comprising 15 students). The method of this study was experimental design using pre-test and post-test with control group. The participants in the experimental group received 8 sessions of Rational-Emotive-Behavioral Therapy, and no control group. Data analysis was done through the analysis of covariance. The findings by pre-test controlling showed that group counseling training significantly increase general health components among experimental group. As a result, group counseling emphasizing Rational-Emotive-Behavioral Therapy is an effective method in reducing and improving high school students psychological symptoms.

Keywords: group counseling, rational-emotive-behavioral therapy, depression, anxiety, somatic complaint, social dysfunction, Ellis

چکیده: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با تأکید بر روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر سال سوم متوسطه‌ی شهر اهواز صورت گرفت. در این مطالعه جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل در دبیرستان‌های شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بود. ۲۰۰ دانش‌آموز پسر به صورت تصادفی از دو ناحیه‌ی ۱ و ۴ آموزش و پرورش شهر اهواز انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای پاسخ دادند. از بین این افراد ۳۰ دانش‌آموز پسر بر اساس نقطه‌ی برش در ابزار فوق، به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) در یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل جایگزین شدند. روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری الیس بر روی گروه آزمایش در ۸ جلسه اجرا گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس با کنترل پیش‌آزمون انجام گرفت. نتایج نشان داد که آموزش مشاوره‌ی گروهی، باعث افزایش مولفه‌های سلامت عمومی (کاهش افسردگی، اضطراب، شکایات بدنی و بدکارکردی اجتماعی) دانش‌آموزان پسر در گروه آزمایش شده است. در نتیجه، درمان گروهی عقلانی-عاطفی-رفتاری الیس یک روش موثر در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی و بهبود علائم دانش‌آموزان پسر دبیرستانی است.

واژه‌های کلیدی: مشاوره‌ی گروهی، روش عقلانی-عاطفی-رفتاری، سلامت عمومی، روان‌درمانی الیس.

۱. نویسنده‌ی رابط: دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز
Department of Counseling, Shahid Chamran University (rajabireza@scu.ac.ir).
۲. کارشناسی ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز
Shahid Chamran University

دریافت مقاله: ۹۱/۲/۹ - پذیرش مقاله: ۹۱/۴/۴

مقدمه

افسردگی بالینی^۱ یک بیماری جدی است که می‌تواند بر هر فرد، از جمله نوجوانان، تأثیر گذارد. افسردگی بر تفکر، احساس، رفتار و سلامتی انسان تأثیرگذار است. مطالعات نشان می‌دهد که از هر صد کودک یک نفر به مشکلات روانی، رفتاری و هیجانی مبتلا است و از هر ده نفر نوجوان یک نفر ممکن است ناراحتی هیجانی جدی داشته باشد. در میان نوجوانان، از هر ۸ نفر یک نفر ممکن است از افسردگی رنج ببرد که معمولاً نشانه‌های آن از ۱۴ تا ۱۸ سالگی ظاهر می‌شود. همچنین برآورد شده است ۲۰ تا ۴۰ درصد کودکانی که تشخیص افسردگی در مورد آنها داده شده، بعد از ۵ سال از آغاز بیماری‌شان به اختلال دو قطبی مبتلا می‌شوند (لوینسون^۲، ۱۹۹۸، برگرفته از سیرانوسکی، فرانک، یانگ و شیر^۳، ۲۰۰۰). افسردگی در دوره‌ی نوجوانی با خلق‌گرفته‌ی مقاوم، خشم، احساس‌های ناامیدی و بی‌ارزشی، واکنش شدید به انتقاد، بی‌قراری، بی‌خوابی یا افزایش خواب، بی‌تصمیمی، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی، مردودی یا ترک تحصیل و غیره توأم است. در حقیقت، اگر افسردگی در این دوره‌ی سنی درمان نشود، می‌تواند به سوء مصرف مواد اعتیادزا و رفتارهای خودکشی (بیرماهر، برینت و و بنسون^۴، ۱۹۹۴، برگرفته از رجبی، ۱۳۸۶)، عوامل خطر ساز برای شکل‌گیری افسردگی در نوجوانان فشار روانی و سیگار کشیدن (رایان، بیوک-انتیچ و آمبروسینی^۵، ۱۹۸۷)، از دست دادن والدین یا فرد مورد علاقه (لوینسون، رودی و سلی^۶، ۱۹۹۸)، شکست در روابط عشقی (مونرو، رودی و سلی^۷، ۱۹۹۹) و سوء مصرف دارو یا نادیده گرفتن (براون، کوهن و جانسون^۸، ۱۹۹۹) منجر شود.

1. clinical depression
2. Lewinshon
3. Cyranowski, Frank Young & Shear
4. Birmaher, Brent & Benson
5. Rayan, Puig-Antich & Ambrosini
6. Lewinson, Rode & Seeley
7. Monroe, Rohde & Seeley
8. Brown, Cohen & Johnson

در دوره‌ی نوجوانی فشارزاهای^۱ مختلف از جمله شکل‌گیری هویت، ظاهر شدن علاقه‌ی جنسی، جدا شدن از والدین و شروع تصمیم‌گیری برای اولین بار، همراه با دیگر تغییرات فیزیکی، شناختی و هورمونی می‌توانند منجر به افسردگی شوند. این فشارزاهای عموماً برای دختران و پسران متفاوت هستند و ممکن است با افسردگی در دختران بیشتر هم‌بسته باشند. برخی از مطالعات نشان می‌دهد که دانش‌آموزان دختر دبیرستانی نسبت به دانش‌آموزان پسر به طور معناداری میزان بالاتری از اختلال‌های افسردگی، اضطراب، خوردن و سازگاری را نشان دادند (توینک و نولن-هیکسما^۲، ۲۰۰۲؛ تاکاچی، روبرتس و سوزوکی^۳، ۱۹۹۴؛ نجاریان، ۱۳۷۳، به نقل از رجبی، ۱۳۸۶)، اما رجبی (۱۳۸۶) مشاهده کرد که دانش‌آموزان نوجوان دختر و پسر از لحاظ میزان افسردگی با یکدیگر تفاوت ندارند.

در ارتباط با تاثیر درمان‌های روان‌شناختی بر سلامت عمومی، تحقیقات متعددی صورت گرفته است. مثلاً، دیوید، سزنتاگوتای، لاپا و کوسمن^۴ (۲۰۰۸) کارآمدی سه روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری^۵ الیس، درمان شناختی^۶ بک و دارو درمانی (فلوکستین^۷) را بر روی ۱۷۰ بیمار غیربستری با اختلال افسردگی عمده که به طور تصادفی به سه گروه درمانی واگذار شدند مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها دریافتند که هر سه روش درمانی در پس‌آزمون به طور مساوی برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده موثرند. اما در پی‌گیری ۶ ماهه درمان REBT و درمان CT به نظر می‌رسد نسبت به درمان دارویی در کاهش نشانه‌های افسردگی موثرترند. این یافته‌ها با

-
1. stressor
 2. Twenge & Nolen-Hoeksema
 3. Takeuchi, Roberts & Suzuki
 4. David, Szentagotai, Lupu & Cosman
 5. Rational-Emotive-Behavior Therapy
 6. cognitive therapy
 7. Fluoxetine

یافته‌های پیشین (بک، راش، شاو و امری^۱، ۱۹۷۹) و یافته‌های اخیر در این زمینه (دی رایس، هولون، آمستردام، شلتون، یانگ و سالمون^۲، ۲۰۰۵) هماهنگ است.

ساوا، یتز^۳، لاپا، سزنتاگوتای و دیوید (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای سه روش درمان شناختی، درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری و درمان دارویی (پروزاک^۴) بر روی تعدادی از افرادی که از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته به عنوان بیماران افسرده ارزیابی شده بودند مورد مقایسه قرار دادند. آن‌ها نشان دادند که هر سه روش درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی از پیش آزمون به پس آزمون و تداوم این کاهش در ۶ ماه بعد از مداخله درمانی یکسان بودند. همچنین مقایسه‌های پی‌گیری نشان می‌دهد که نمره‌های پس‌آزمون و پی‌گیری میزان افسردگی به‌طور معناداری پائین‌تر از نمره‌های پیش‌آزمون است، اما تغییر معناداری بین پس‌آزمون و پی‌گیری ۶ ماهه دیده نشد. رجبی و خدایی (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه‌ی شهر ایلام دریافتند که درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری مبتنی بر رویکرد ایس باعث افزایش بهبود سلامت عمومی در گروه تحت مداخله‌ی درمانی شده است. ماریانی^۵ (۱۹۷۹) در مطالعه‌ای با استفاده از درمان عقلانی-عاطفی ایس بر روی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی نشان داد که این روش باعث کاهش اضطراب دانش‌آموزان می‌شود. در تحقیقات مختلف برتری درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر گروه‌های بدون مداخله یا کنترل در درمان افسردگی در جمعیت‌های دانشگاهی (فوسترلینگ^۶، ۱۹۸۵)، افسردگی مربوط به مشکلات زندگی در جمعیت‌های بهنجار (مالوف، لانیون و شوت^۷، ۱۹۸۸)، نشانه‌های افسردگی بالینی در محیط‌های بالینی مانند اختلال وسواس اجباری (فاوا، بلس، اتو، پاوا و روزنباوم^۸، ۱۹۹۴) تایید شده است. کونوی^۹ (۱۹۹۹) اثر

1. Beck, Rush, Shaw & Emery
2. DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, Young & Salomon
3. Sava & Yates
4. Prozac
5. Marianne
6. Fosterling
7. Malouff, Lanyon & Schutte
8. Fava, Bless, Otto, Pava & Rosenbaum
9. Conway

بخشی برنامه‌ی درمان شناختی-رفتاری گروهی را در کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود عملکرد آموزشگاهی را در چهار گروه از نوجوانان افسرده‌ی کلاس‌های نهم تا دوازهم نشان داد. دی‌گیسی، میلر و ترکسلر^۱ (۱۹۹۷) براساس مطالعات مالت اسپی، کنی پینگ و کارپنتر^۲ (۱۹۷۴) نشان دادند که آموزش عقلانی-عاطفی بر روی جمعیت‌های غیربالینی اعم از کودکان و نوجوانان موثر است. همچنین آن‌ها دریافتند کودکانی که در برنامه آموزش عقلانی-عاطفی^۳ (REE) شرکت داشتند این توانایی را پیدا کردند که مفروضه‌های درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری (REBT) را یاد بگیرند و باورهای غیرمنطقی‌شان را تعدیل نمایند. در همین راستا، واتر^۴ (۱۹۹۸) نتیجه‌گیری کرد که دانش‌آموزان مدارس ابتدایی که در برنامه‌ی آموزش عقلانی-عاطفی شرکت کرده‌اند سطوح اضطرابشان کاهش یافته، و عزت نفس و تحمل ناکامی آن‌ها افزایش یافته است. او بیان می‌کند که عموماً این آموزش‌ها باعث افزایش مهارت‌های موثر این نوع دانش‌آموزان در مقابله و برخورد با موقعیت‌های هیجانی می‌شود و این نوع آموزش در مقایسه با برنامه آموزش مبتنی بر نظریه‌ی فرویدی در کاهش باورهای غیرمنطقی و هیجان‌های بدکارکردی کمک کننده است.

لایدلا، داویدسون، تونر، جکسون و کلارک^۵ (۲۰۰۸) دریافتند که شرکت‌کنندگان در جلسات CBT گروهی به طور معناداری در پایان مداخله و پی‌گیری‌های ۳ و ۶ ماهه کاهش‌هایی را در اختلال خلق نشان دادند. از سوی دیگر، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمانی CBT و درمان خدمات پرستاری و دیگر مراقبت‌های سلامت روانی در مراحل خط پایه، پایان مداخله و در مرحله پی‌گیری ۶ ماهه مداخله در شاخص افسردگی و حالت نگرانی از زندگی زناشویی با یکدیگر متفاوت نبودند، و گروه تحت درمان CBT به طور معناداری نتیجه بهتری را در شاخص‌های

1. DiGiuseppe, Miller & Trexler
2. Maultsby, Knipping & Carpenter
3. rational-emotion education
4. Watter
5. Laidlaw, Davidson, Toner, Jackson & Clark

افسردگی بک، افسردگی همیلتون و حالت نگرانی در زندگی را به دست آوردند. اویی و سولیوان^۱ (۱۹۹۹) بر اساس یک طرح تجربی و درمان CBT گروهی در کاهش افسردگی بر روی بیماران با اختلال خلقی دریافتند که این مداخله‌ی درمانی باعث کاهش شناخت‌های منفی، افزایش خلق مثبت و فعالیت بیماران شده است. دی گیبسی و برنارد^۲ (۱۹۹۰) دریافتند که ۵۰ درصد مطالعات زمینه‌یابی شده به‌دست آن‌ها در زمینه آموزش عقلانی-عاطفی سطح اضطراب کاهش داده شده است. هاجزler^۳ و برنارد (۱۹۹۱) گزارش کردند که آموزش عقلانی-عاطفی در ۸۰ درصد مطالعات انجام شده اضطراب را کاهش می‌دهد و در ۵۰ درصد مطالعات انجام شده سازگاری عمومی (رفتارهای کارکردی) را بهبود می‌بخشد.

تریپ، ورنون و مک ماهون^۴ (۲۰۰۲) در یک مطالعه فرا-تحلیل^۵ دریافت که REE وقتی با دیگر مداخله‌های درمانی مقایسه می‌شود در تعدیل رفتارهای بدکارکردی^۶ موثر است. همچنین آن‌ها نشان دادند که اندازه اثر^۷ REE در پایین آوردن اضطراب، سنخ شخصیتی روان رنجورخویی^۸ و شاخص‌های سلامت روانی منفی مؤثر است. در تحقیق دیگر، درایدن^۹ (۱۹۸۹) نشان داد که آموزش به شیوه‌ی درمانی الیس، باعث تغییرات اساسی در کاهش اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش (دختران ۱۱ تا ۱۶ سال) شده است. ادوارد^{۱۰} (۱۹۹۸) نشان داد که مشاوره‌ی گروهی با تأکید بر بازبینی زندگی، و مشاوره گروهی با تأکید بر خاطره، تأثیر معناداری در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس و رضایت زندگی ندارد.

1. Oei & Sullivan
2. Bernard
3. Hajzler
4. Trip, Vernon & McMahon
5. meta-analysis
6. dysfunctional
7. Effect size
8. Neuroticism
9. Dryden
10. Edward

از مطالب بالا می‌توان نتیجه گرفت که این روش درمانی تا حدود زیادی توانسته است بسیاری از مشکلات روحی-روانی مراجعان اعم از دانش‌آموزان و سایر اقشار جامعه را در فرهنگ‌های مختلف کاهش دهد و آن‌ها را برای ورود به زندگی روزمره آماده کند. اما هنوز پژوهش‌های دیگری برای تایید این روش درمانی احتیاج است. با توجه به نکات ذکر شده، در این مطالعه فرضیه زیر مطرح شده است: مشاوره‌ی گروهی به روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، منجر به بهبود مولفه‌های سلامت عمومی در دانش‌آموزان پسر سال سوم متوسطه می‌شود.

روش

طرح حاضر یک طرح آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه) است و شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در این طرح متغیر وابسته میزان سلامت عمومی (افسردگی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و شکایات بدنی) قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل بوده و اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با روش عقلانی-عاطفی-رفتاری مورد سنجش قرار گرفت.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر سال سوم متوسطه‌ی شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بود. از چهار ناحیه‌ی آموزش و پرورش شهر اهواز دو ناحیه‌ی ۱ و ۴ و از بین این دو ناحیه، به تفکیک از هر ناحیه ۵ دبیرستان (جمعاً ۱۰ دبیرستان) از بین دبیرستان‌های موجود در این دو ناحیه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. در مرحله‌ی بعد، با استفاده از جدول کرجسی و مورگان^۱ (۱۹۷۰)، ۲۰۰ دانش‌آموز پسر به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین ۱۰ دبیرستان در ۲۰ کلاس برگزیده شدند. این دانش‌آموزان پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را تکمیل کردند. براساس نتایج این پرسشنامه ۳۰

1. Krejcie & Morgan

دانش آموز که نمره آن‌ها بالاتر از نقطه برش ۲۱ بود در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به گروه عبارت بودند از: نداشتن سابقه‌ی بیماری‌های روانی و جسمانی حاد و مزمن در زمان اجرای مداخله و داشتن نمره بالاتر از ۲۱ در پرسشنامه‌ی سلامت عمومی. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28). این پرسشنامه به‌دست گلدبرگ و هیلر^۱ (۱۹۷۹)، برگرفته از تقوی، (۱۳۸۰) تدوین شده و دارای ۲۸ ماده و ۴ خرده‌مقیاس نشانه‌های شکایات بدنی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی است. نمره‌ی بالا در این آزمون وجود بیماری، و نمره‌ی پایین عدم بیماری و یا داشتن سلامت عمومی را نشان می‌دهد. همچنین حداقل و حداکثر نمره‌ی این پرسشنامه بین صفر و ۸۴ است. ضریب پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی به روش بازآزمایی ۰/۷۰ ($p \leq ۰/۰۵$)، آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و دونیمه کردن ۰/۹۳ است. ضریب روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی میدلکس^۲ ۰/۵۵ گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰).

روش اجرا: همان‌طور که در بخش مربوط به نمونه‌گیری عنوان شد، ملاک انتساب آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، نمره‌های آن‌ها در پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، بر اساس نقطه‌ی برش ۲۱ بود. پس از مشخص شدن دو گروه آزمایش و کنترل، جلسات آموزشی طی ۱ روز در هفته و در ۸ جلسه‌ی ۵۰ دقیقه‌ای برگزار شد. لازم به ذکر است در خصوص نحوه و مدت زمان آموزش، با اولیاء دانش‌آموزان، مدیران دبیرستان‌های مذکور و نیز مشاورین هماهنگی‌های لازم صورت گرفت. همچنین تمهیداتی به عمل آمد تا دانش‌آموزان بتوانند به موقع در جلسات آموزشی حاضر شوند. کلیه جلسه‌های مشاوره گروهی در اتاق مشاوره‌ی یکی از

1. Goldberg & Hiller
2. Medlex

دبیرستان‌های ناحیه‌ی ۱ آموزش و پرورش شهر اهواز به‌دست نویسندگان مقاله برگزار شد. ترتیب انتساب گروه‌ها به این صورت بود که پسران گروه آزمایش در این مدت هیچ‌گونه برخوردی و تماسی با گروه گواه نداشتند. مهمترین مواد آموزشی در طی جلسات، آشنایی با باورهای غیر منطقی الیس به عنوان نظریه‌پرداز روش درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری بود. از طریق شرکت دانش‌آموزان در بحث‌های گروهی مرتبط با تعدادی از باورهای عنوان شده، تلاش به عمل آمد تا آنان نظرات خود را در خصوص قبول و یا رد آن‌ها اعلام کنند. همچنین، تعدادی تکلیف در پایان هر جلسه‌ی آموزشی به دانش‌آموزان داده شد تا در خصوص آنان در جلسه‌ی بعدی مشاوره‌ی گروهی بحث شود و نتیجه‌گیری لازم به عمل آید. صورت جلسه‌های مشاوره گروهی به شرح ذیل است:

جلسه‌ی اول. معرفی خود و سایر دانش‌آموزان به گروه، هدف از تشکیل گروه، تعداد جلسه‌ها و شیوه‌ی تشکیل جلسه‌های آموزشی و توصیه ارتباط بیشتر دانش‌آموزان در اوقات خارج از گروه. **جلسه‌ی دوم.** بیان اولین باور غیرمنطقی «تایید از سوی دیگران به طور مطلق»، توضیح در خصوص برخی از ابهامات این باور، نظر خواهی از افراد گروه در مورد این باور و دادن تکلیف؛ معرفی دومین باور غیرمنطقی «باید از هر جهت انسانی کارآمد، لایق و موفق بود»، جمع‌بندی دیدگاه‌ها و دادن تکلیف. **جلسه‌ی سوم.** بررسی تکالیف داده شده در جلسه‌ی قبل، معرفی سومین باور غیرمنطقی «برخی از افراد شرور و بد ذات هستند و باید به شدت تنبیه شوند»، بیان دیدگاه‌های دانش‌آموزان در مورد این باور غیرمنطقی، تعداد دفعات این باور و دادن تکلیف؛ معرفی چهارمین باور غیرمنطقی «فاجعه به بار آمدن در صورت عدم پیشرفت کارها موافق میل فرد»، گوش دادن به نظرهای دانش‌آموزان در مورد این باور غیرمنطقی و احساس‌های ناشی از آن به هنگام چنین باوری و دادن تکلیف. **جلسه‌ی چهارم.** بررسی تکالیف داده شده در جلسه‌ی

سوم و ارائه توضیح‌هایی در راستای انجام بهتر تکلیف، معرفی پنجمین باور غیرمنطقی «ریشه‌ی تمام اتفاق‌ها و حوادث در خارج از فرد قرار دارند»، به بحث گذاشتن این باور از طریق بیان تجارب در مورد این موضوع و احساس ایجاد شده ناشی از آن در افراد گروه، جمع بندی مطالب و اصلاح باور مذکور براساس نظریه درمانی الیس و دادن تکلیف. **جلسه‌ی پنجم.** بررسی تکالیف داده شده در جلسه‌ی قبل و معرفی دانش‌آموزانی که به بهترین شیوه‌ی ممکن آن را انجام داده‌اند، معرفی ششمین باور غیرمنطقی «به شدت اندیشیدن در برابر هر خطر احتمالی و دست کشیدن از کلیه فعالیت‌های عادی روزمره»، درخواست دیدگاه‌های دانش‌آموزان در مورد این باور غیرمنطقی و بیان مواردی از این باور و نیز بیان احساس‌های خوشایند و ناخوشایند به دست آمده از آن و دادن تکلیف در این مورد؛ معرفی باور غیرمنطقی هفتم «اجتناب از رویارویی با مشکلات به جای چاره‌جویی»، بیان دیدگاه‌ها و نظرهای دانش‌آموزان و بحث گروهی در خصوص این باور غیرمنطقی، ارائه راهکارهایی در مورد برطرف کردن این باور و دادن تکلیف در این مورد. **جلسه‌ی ششم.** بررسی تکالیف داده شده در جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد مناسب در این خصوص، معرفی هشتمین باور غیرمنطقی «توجه زیاد به زمان گذشته و اهمیت زیاد به اتفاقات رخ داده در آن زمان»، تشریح اهمیت زمان در زندگی افراد و کسب تجارب مفید در آن زمان، اولویت‌بندی تاثیر زمان در زندگی و دادن تکلیف؛ معرفی باور غیرمنطقی نهم «بروز فاجعه در صورت عدم چاره‌جویی در مورد واقعیت‌های زندگی»، ارائه سوال‌هایی در گروه برای آماده کردن آن‌ها برای ورود به بحث مورد نظر و دادن تکلیف در این مورد. **جلسه‌ی هفتم.** بررسی تکالیف داده شده در جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد مناسب در این زمینه، معرفی باور غیرمنطقی دهم «فرار از مسئولیت و نداشتن تعهد و روی آوردن به تنبلی به عنوان لذت زندگی»، بحث گروهی در این مورد و کمک گرفتن از دانش‌آموزان در جهت هدایت گروه به سمت مطلب موردنظر و دادن

تکلیف. جلسه‌ی هشتم. جمع‌بندی و خلاصه‌سازی درمان و پی‌گیری جلسه‌های قبلی و راهکارهای لازم.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این مطالعه برای بررسی متغیرهای وابسته از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای بررسی فرضیه تحقیق (اثر بخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر مولفه‌های مؤلفه‌های سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش و کنترل) از آمار استنباطی تحلیل کوواریانس و آزمون همگنی واریانس لوین با استفاده از بسته نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی (SPSS-۱۶) استفاده شد. همچنین سطح معناداری $\alpha=0/05$ تعیین گردید.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان به ترتیب ۱۷/۳۶ و ۱/۰۹ با دامنه ۱۶ تا ۱۹ سال و از سه رشته علوم انسانی، تجربی و ریاضی بودند.

برای آزمون برابری واریانس‌ها، داده‌ها با آزمون همگنی واریانس لوین بررسی شدند. نتایج نشان داد واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های افسردگی ($F=1/20$, $p=0/283$)، اضطراب ($F=2/19$, $p=0/149$)، شکایات بدنی ($F=4/37$, $p=0/046$) و بدکارکردی اجتماعی ($F=2/69$, $p=0/112$) برابر می‌باشد ($F=2/60$, $p=0/115$). همچنین آزمون‌های معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری منجمله اثر پیلایی، لامبدای ویلکز و غیره همگنی معنادار دارند و نشان می‌دهند که گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در دو متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت دارند. لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس^۱ برای تحلیل داده‌ها استفاده نمود.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته‌ی سلامت عمومی در پیش آزمون، پس آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۱ نشان داده شده است.

1. ANCOVA

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، نمره‌های چهار خرده مقیاس سلامت عمومی در گروه آزمایش یا تحت مداخله درمانی نسبت به گروه کنترل از پیش آزمون به پس آزمون کاهش یافته است. همین کاهش میانگین‌ها را نیز می‌توان در پس آزمون‌های دو گروه در چهار خرده مقیاس مشاهده نمود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های سلامت عمومی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های

آزمایش و کنترل		شرایط	
پس آزمون	پیش آزمون	گروه	متغیرها
M(SD)	M(SD)		
(۱/۷۹) ۷/۶۷	(۲/۰۶) ۱۰/۱۳	آزمایش	افسردگی
(۲/۲۰) ۹/۴۷	(۲/۰۱) ۹/۹۳	کنترل	
(۲/۳۲) ۷/۴۶	(۲/۳۲) ۱۱/۳۳	آزمایش	اضطراب
(۲/۲۰) ۹/۴۷	(۲/۰۱) ۹/۹۳	کنترل	
(۲/۵۹) ۶/۸۰	(۳/۰۲) ۹/۵۳	آزمایش	شکایات بدنی
(۱/۹۸) ۹/۳۳	(۱/۹۵) ۹/۴۷	کنترل	
(۱/۵۸) ۶/۸۰	(۲/۰۶) ۹/۴۷	آزمایش	بدکارکردی
(۲/۰۱) ۹/۲۷	(۲/۳۵) ۹/۶۷	کنترل	اجتماعی

نتایج تحلیل کوواریانس در مورد خرده مقیاس‌های سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و گواه پس از کنترل پیش آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس خرده مقیاس‌های سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	مجذوراتا
افسردگی	۱۸/۱۲	۱	۱۸/۱۲	۱۳/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳
اضطراب	۶۵/۸۴	۱	۶۵/۸۴	۴۹/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵
شکایات بدنی	۵۰/۳۳	۱	۵۰/۳۳	۸۹/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶
بدکارکردی اجتماعی	۳۹/۹۶	۱	۳۹/۹۶	۱۳۱/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، پس از کنترل تأثیر پیش‌آزمون بر نمره‌های پس‌آزمون خرده مقیاس‌های سلامت عمومی از جمله افسردگی ($p < 0/001$ ، ۱۳/۴۰)، اضطراب ($p < 0/0001$ ، ۴۹/۷۰)، شکایات بدنی ($p < 0/0001$ ، ۸۹/۹۵) و بدکارکردی اجتماعی ($p < 0/0001$ ، ۱۳۱/۲۶)، تأثیر گروه معنادار است. این تحلیل نشان می‌دهد که دو گروه فوق از لحاظ چهار خرده مقیاس فوق سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت دارند که با توجه به میانگین‌های ارائه شده در جدول ۱ مشخص می‌شود بهبود وضعیت میزان افسردگی، اضطراب، شکایات بدنی و بدکارکردی اجتماعی در گروه آزمایش تفاوت معناداری با گروه کنترل دارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه‌ی اصلی پژوهش «مشاوره‌ی گروهی به روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، باعث افزایش خرده مقیاس‌های سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر سال سوم متوسطه می‌شود» نیز مورد تایید قرار گرفت. یافته‌های به دست آمده نشان دادند که این روش درمانی کاربردی تا حد زیادی توانسته است از میزان افسردگی، غم و غصه، دل‌مردگی‌ها، دل‌نگرانی‌ها و دلواپسی‌ها، شور و هیجان‌های بی‌مورد، دردهای بدنی و بی‌حالی‌ها و کمرختی‌ها از یک سو بکاهد و از سوی دیگر توانسته است عملکردهای اجتماعی این نمونه از جامعه را افزایش دهد، که منجر به روحیه‌ی شاد و بشاش آن‌ها در فرایند آموزش و زندگی اجتماعی می‌شود. این نتیجه با یافته‌های افرادی منجمله

ماریانی (۱۹۷۹)، کونوی (۱۹۹۹)، ساوا و همکاران (۲۰۰۹)، بیان می‌کنند که مزیت درمان عقلانی، عاطفی-رفتاری و درمان شناختی نسبت به درمان دارویی برای افراد جامعه هزینه‌های کمتری دارد و تفکرات و احساس‌های مثبت‌تری را در مراجعان ایجاد می‌کنند. در این رابطه می‌توان استنباط نمود که در کشور ایران با توجه به اینکه قشر عمده مردم را نوجوانان و جوانان تشکیل می‌دهند و ممکن است در زمان‌های مختلف با بحران‌های اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی روبرو شوند بنابراین استفاده از این نوع درمان‌های روان‌شناختی کم هزینه که توسط مراکز مشاوره ارائه می‌شود می‌تواند روحیه مثبت و سالم را به افراد جامعه برگرداند تا به عنوان یک فرد سازنده در قسمت‌های مختلف جامعه انجام وظیفه کنند. مارکوت^۱ (۱۹۹۶) از مزیت مشاوره گروهی مبتنی بر REBT برای نوجوانان سخن می‌گوید. او بیان می‌کند این روش درمانی باعث می‌شود آن‌ها با افسردگی و باورهای غیرکارکردی که ممکن است سلامتی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد مقابله کنند. برنارد و جویسی^۲ (۱۹۸۴) نشان دادند که تکنیک‌های REBT در کاهش اضطراب، افزایش تحمل ناکامی، کاهش افسردگی، بهبود خودپنداره و توانایی مقابله و افزایش مهارت‌های تفکر منطقی دانش‌آموزان موثر بوده است. ویلد^۳ (۱۹۹۰) از اثربخشی تکنیک‌های گروهی REBT در کاهش رفتارهای بدکارکردی و بهبود تفکر منطقی مثبت در دانش‌آموزان دبیرستانی سخن می‌گوید. او دریافت که آموزش عقلانی تاثیر مثبت بر رشد تفکر منطقی، کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش پذیرش خود در نوجوانان دارد. دی‌گیسپی و کاسینوو^۴ (۱۹۷۶) نشان دادند که بین شرکت دانش‌آموزان در برنامه‌های سلامتی مدرسه با استفاده از درمان عقلانی-عاطفی و سازگاری آن‌ها

-
1. Marcotte
 2. Joyce
 3. Wild
 4. Kassinove

در مدرسه رابطه وجود دارد. وارن و زاگوردیس^۱ (۱۹۹۱) تاثیر این روش درمانی را در کاهش اضطراب نشان داده‌اند. دیوید و همکاران (۲۰۰۸)، دی رایس و همکاران (۲۰۰۵)، تریپ و همکاران (۲۰۰۲)، واتر (۱۹۸۸)، دی گیسپی و همکاران (۱۹۹۷)، دی گیسپی و برنارد (۱۹۹۰)، مالت اسپی و همکاران (۱۹۷۴)، هاجز لر و برنارد (۱۹۹۱)، فوسترلینگ (۱۹۸۵)، مالوف و همکاران (۱۹۸۸)، فاوا و همکاران (۱۹۹۴) و درایدن (۱۹۸۹) که نشان دادند آموزش گروهی با تاکید بر درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر تأثیر مثبت داشته است، هماهنگ است، اما با تحقیقات تایلور (۱۹۹۹) و ادوارد (۱۹۹۸) هماهنگ نیست.

همان طور که در اکثر تحقیقات نشان داده شده است کارایی و اثر بخشی تکنیک درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر مشاوران و روان‌شناسان بالینی پوشیده نیست. به هر حال، مشاوره گروهی با نوجوانان را می‌توان به عنوان یکی از مداخله‌هایی ملاحظه نمود که در این جلسه‌ها افراد به توانایی‌هایی مجهز می‌شوند که در برخورد با مشکلات روزمره در جامعه و شرایط کنونی از آن‌ها استفاده کنند. به عبارت دیگر، مشاوره گروهی شامل فرایند بین فردی و راهبردهای حل مسأله است که بر تفکرات، احساس‌ها و رفتارهای خودآگاه تاکید دارد. به هر حال، وظیفه مشاوران و درمانگران گروهی فعالیت‌های ساختاریافته برای آسان‌سازی مولد بودن گروه، آسان‌سازی تعاملات بین اعضاء و فراهم آوردن اطلاعات درباره روش‌های جایگزین که فرد بتواند با وجود مشکلات موجود در جامعه به حیات خویش ادامه دهد. هرچند وظیفه‌ی مشاوران آموزشگاهی تشخیص اختلال‌های سلامت روانی نیست، اما آگاهی از اختلال‌های روانی می‌تواند به آن‌ها در شناسایی دانش‌آموزان نیازمند به ارجاع و درمان به‌دست متخصصان مربوط کمک کند.

1. Warren & Zquorides

پیشنهاد می‌شود فرضیه‌ی اصلی تحقیق حاضر در نمونه‌ی دانش‌آموزان پسر و دختر در سطوح تحصیلی مختلف نیز مورد بررسی قرار گیرد. به علاوه، میزان روش‌های درمانی (مانند شناختی- رفتاری و معنادرمانی) در عزت نفس و خرده مقیاس‌های سلامت عمومی با یکدیگر مقایسه شود. در آخر، از کلیه عزیزان در نواحی ۱ و ۴ آموزش و پرورش و مدیران کلیه دبیرستان‌های انتخاب شده که صمیمانه در فرایند تسهیل این مداخله‌ی آزمایشی ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

منابع

- تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ). *مجله‌ی روانشناسی*، ۵(۴)، ۳۹۸-۳۹۱.
- رجبی، غلامرضا (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه‌ی افسردگی (CDI) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله. *مجله روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۳۷(۲)، ۴۶-۲۳.
- رجبی، غلامرضا؛ خدایی، ملک حسین. (۱۳۸۶). تأثیر مشاوره‌ی گروهی با روش درمان عقلانی-عاطفی - رفتاری بر سلامت عمومی و عزت نفس دانش‌آموزان. *مجله‌ی مطالعات علوم تربیتی*، ۱(۲)، ۴۸-۳۱.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bernard, M. E. & Joyce, M. (1984). *Rational emotive therapy with children and adolescents*. New York: John Wiley Publishers.
- Brown, J, Cohen, P, Johnson J. G. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidal. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 38 (12), 1490-1496.
- Conway, P. J. (1999). The effects of cognitive-behavior group counseling on adolescent depression, academic performance, and self-esteem. University of Louisville, p. 143, AAT 9964864.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, post treatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of clinical psychology*, 64(6), 728-746.

- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P.R. & Salomon, R.M. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- DiGiuseppe, A.R., Miller, J. N., & Trexler, D.L. (1997). A review of rationale emotive psychotherapy outcome studies. *The counseling psychologist*, 7, 64-72.
- DiGiuseppe, R. A. & Kassinove, H. (1976). The effects of a rational-emotive school mental health program on children's emotional adjustment. *The journal of community psychology*, 4, 382-387.
- DiGiuseppe, R., & Bernard, M. (1990). The application of rational-emotive theory and therapy to school-aged children. *School psychology review*, 19, 268-286.
- Dryden, G (1989). Effectiveness of rational-emotive therapy on depression, anxiety and education. Online available .from. <http://www.sciencedirect.com>.
- Edward, C. H. (1998). A comparison of the effects of life review and reminiscence group counseling on depression, life satisfaction and self-esteem of older persons. Wayne State University, p. 194, AAT 9827192.
- Fava, M., Bless, E., Otto, M. W., Pave, J. A., & Rosenbaum, J. F. (1994). Dysfunctional attitudes in major depression: Changes with pharmacotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 45-49.
- Fosterling, F. (1985). Rational emotive therapy and attribution theory: An investigation of the cognitive detriments of emotions. *British journal of cognitive psychotherapy*, 3, 12-25.
- Hajzler, J. D., & Bernard, E. M. (1991). A review of rational-emotive education outcome studies. *School psychology quarterly*. 6, 27-49.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample for research activities. *Educational and psychological measurment*, 30, 608.
- Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., Howley, M., Bowie, G., Connery., & Cross, S. (2008). A ransomed controlled trial of cognitive behavior therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 23, 843-850.
- Lewinsohn P. M, Rohde. P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 18 (7), 765-794.
- Malouff, J. M., Lanyon, R ., & Schutte, N. S. (1988). Effectiveness of a brief group RET treatment for divorce-related dysphoria. *Journal of rational emotive & cognitive behavior therapy*, 6, 162-171.
- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence*, 31, 935-954.
- Marianne, B. (1979). Effects of Rational-Emotive psychotherapy on anxiety. From <http://www.lyonsmorris.com>.
- Maultsby, C. M., Knipping, P., & Carpenter, L. (1974). Teaching self help in the classroom with rational self counseling. *Journal of school health*, 44, 445-448.

- Monroe S. M., Rohde. P, Seeley J. R, et al. (1999). Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 108(4), 606-614.
- Oei, T. P. S., & Sullivan, L. M. (1999). Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behavior therapy program. *Australian New Zealand Psychiatry*, 33 (3), 407-415.
- Ryan N. D., Puig-Antich. J, Ambrosini P. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of general psychiatry*, 44, 854-861.
- Sava, F., Yates, B., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational-emotive-behavior therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of clinical psychology*, 65 (1), 36-52.
- Taylor, M. N. (1999). The effects of group counseling on the self-esteem, anxiety, and behavior of children with deployed parents. Old dominion university, p.110, AAT 9921779.
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (4), 578-586.
- Trip, S., Vernon, A., & McMahon, J. (2002). Effectiveness of rational-emotive education: A quantitative meta-analytical. *Journal of cognitive and behavioral psychotherapies*, 7(1), 81-93.
- Warren, R., & Zqourides, G. D. (1991) *Anxiety disorders: A rational-emotive perspective*. New York: Pergamon Press.
- Watter, N. D. (1988). Rational-emotive education: A review of the literature, *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 6, 139 – 145.
- Wilde, J. (1990). *Let's get rational*. East troy. Wisconsin: LGR productions.