

« زن و مطالعات خانواده»

سال دهم - شماره سی و نهم - بهار ۱۳۹۷

ص ص: ۶۹-۸۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۱

بررسی مقایسه ای اثربخشی رویکردهای شناختی رفتاری و واقعیت درمانی گروهی بر خطاهای شناختی زنان ۲۵ تا ۴۰ سال شهر تبریز

سحر بناخطیبی^۱

دکتر علی نقی اقدسی^۲

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی رویکردهای شناختی رفتاری و واقعیت درمانی گروهی بر خطاهای شناختی زنان ۲۵ تا ۴۰ سال شهر تبریز با روش نیمه تجربی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواهانجام شده است. از جامعه آماری فوق با روش نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند با شرط ورود ۳۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی در ۳ گروه ۱۰ نفری، دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه خطاهای شناختی استفاده شد. منظور از واقعیت درمانی گروهی ده جلسه برنامه آموزشی - درمانی است که شامل آموزش اصول تئوری انتخاب و فرآیند واقعیت درمانی گلاسر است و منظور از درمان شناختی رفتاری اجرای جلسات ده گانه طراحی شده بر اساس نظریه های شناختی رفتاری ایس است که در هفته دو جلسه برگزار شد. بررسی داده ها و تجزیه و تحلیل نتایج در بخش آمار توصیفی با جداول توزیع فراوانی، نمودارها، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی با روش کواریانس یک طرفه استفاده از نرم افزار آماری SPSS انجام شده است. نتایج نشان داد اثر بخشی درمانگری شناختی رفتاری و واقعیت درمانی گروهی بر خطاهای شناختی در زنان متفاوت است. بنا بر یافته های این تحقیق میتوان گفت اثر بخشی درمانگری شناختی رفتاری (C.b.t) و واقعیت درمانی گروهی بر خطاهای زنان به طور معناداری متفاوت است.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، واقعیت درمانی، خطاهای شناختی

۱. دانش آموخته گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، ایران، sahar.kanoon@gmail.com

۲. عضو هیئت علمی، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

مقدمه

یکی از اصلی ترین دغدغه های مشاوران، انتخاب رویکردی است که از سویی مناسب با شخصیت و توانایی های آنان و البته هم راستا با جهان بینیشان باشد و از سویی دیگر با جامعه ای که با آن سرو کار دارند متناسب باشد. رویکرد شناختی رفتاری دیدی بسیار خوشبینانه و مثبت در مورد کاوش برای مداخلات موثر در فراخوانی رنج های انسانی دارد از این رویکرد برای افراد در رده های سنی با توانایی ها و جنسیت مختلف و نیز برای نژادهای گوناگون با پیشینه فرهنگی متفاوت میتوان استفاده کرد (وورلورمر^۱، ۲۰۰۳).

فرض ما این است که دنیا برای همه ما یکسان است اما هیچ دو نفری واقعیت بیرونی را یکسان ادراک نمی کنند. ما بخش قابل توجهی از واقعیت را آن گونه که دوست داریم دریافت و ادراک میکنیم براساس تئوری انتخاب^۲ دلیل ادراکات متفاوت ما از واقعیت به دنیای مهم دیگری که خاص هر کدام از ماست و آن را دنیای مطلوب می نامیم مربوط میشود (گلاسر، ۱۳۹۰: ۳۹).

تعریف متغیر

خطاهای شناختی به آن دسته از افکار گفته می شود که بر پایه فرضیاتی نادرست شکل گرفته و منجر به سوگیری در تفکر می شوند. این سوگیری به گونه ای است که فرد را از واقعیت زندگی این جهانی دور ساخته و منجر به بروز سوء تفاهم های بسیار در رفتارهای فردی و بین فردی می شود. (کریمی، ۱۳۸۸).

خطاهای شناختی توسط آرون تی . بک و آلبرت الیس معرفی شده است و به طور کلی به عنوان استدلالهای غلطی تعریف میشوند که نقش مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روانی بازی میکنند، به طوریکه بیشتر مواقع ما فکر میکنیم که قربانی محیط پیرامونمان هستیم و حوادث بیرونی باعث ناراحتی، افسردگی و مشکلات بین فردی ما میشود، و راه حل رهایی از این روان رنجوریها، حل و فصل و تغییر این وقایع است، ولی شناخت درمانگران، معتقدند نوع تعبیر و تفسیر غلط افراد از این اتفاقات بیرونی باعث هیجانات منفی آنها میشود. این تعبیر و تفسیر غلط خودکار و تحت عنوان " تحریفها یا خطاهای شناختی " نامیده میشوند. (بک، ۱۹۷۶).

خطاهای شناختی از جمله مباحث مطرح در روانشناسی می باشد که بسیاری از افراد به دلیل عدم آگاهی با اصول تفکر منطقی و صحیح ناخواسته دچار آن می شوند. در واقع اینگونه خطاها مانع دسترسی به اطلاعات سالم شده و فرد را دچار خطا در تصمیم گیری می نمایند.

1. wrrwh&remer
2. Choice theory

ایس تاکید دارد که هیجان‌ها و احساسات ناشی از اختلالات هیجانی تا حد زیادی ناشی از خطاهای شناختی هستند (ایس و همکاران، ۱۹۸۹) به نظر ایس اختلالات هیجانی صرفاً نتیجه عقاید غیر منطقی و نادرست افراد در مورد موقعیت بخصوصی است. از آنجا که اکثر مردم در زندگی شخصی و شغلی خود به داشتن رضایت و شادمانی تمایل دارند، از هیجان‌هایی که مانع از رضایت آنها شود معمولاً به عنوان نامناسب یا تضعیف کننده خود نام برده می شود. آشنایی با این خطاها و نحوه اصلاح آنها گامی بسیار مهم در اصلاح الگوهای تفکر و تلقی از جهان پیرامونی و در نتیجه منجر به کاهش مسائل و مشکلات فردی و میان فردی است (احدی و همکاران، ۱۳۸۸).

فرض ما این است که دنیا برای همه ما یکسان است اما هیچ دو نفری واقعیت بیرونی را یکسان ادراک نمی کنند. ما بخش قابل توجهی از واقعیت را آن گونه که دوست داریم دریافت و ادراک میکنیم براساس تئوری انتخاب^۱ دلیل ادراکات متفاوت ما از واقعیت به دنیای مهم دیگری که خاص هر کدام از ماست و آن را دنیای مطلوب مینامیم مربوط میشود (کلاسر، ۱۳۹۰: ۴۱).

مشاوره شناختی رفتاری به مشاهدات روزانه از رفتارهای افراد می پردازد که نسبت به موقعیتی واحد، واکنش های متفاوتی از خود نشان می دهند در شیوه درمانی شناختی رفتاری به درمانجو کمک می شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص بدهد و برای آن از بحث های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته ای استفاده می شود. درمانگر شناختی رفتاری در بررسی خود به دقت بر عاطفه شناخت و رفتار متمرکز

می شود و بدین ترتیب هر سه حوزه را همزمان در نظر میگیرد و بر خزانه های رفتاری مراجعان یا درمانجویان (مانند کفایت و کاستی ها و فرآیندهای شناختی همراه آن) تاکید میکند. دریافت های شناختی مراجعان بخشی از خزانه پیچیده مهارت‌ها در نظر گرفته می شود خزانه ای که شامل توانایی حل مسئله و دیگر مهارت های مقابله ای، خود پنداشت و راهبردهای بین فردی است (فری^۲، ۱۳۸۴: ۴۵).

به مفهوم خود به عنوان مهم ترین پدیده و عنصر اساسی در نظریه راجرز پرداخته شده است. به نظر راجرز، انسان رویدادها و عوامل محیط خود را درک کرده و در ذهن خود به آن ها معنی می دهد. مجموعه این سیستم ادراکی و معنایی، میدان پدیداری فرد را به وجود می آورد. قسمتی از این میدان که از بقیه تجربیات فرد متمایز است به وسیله واژه‌هایی چون من، مرا و خودم تعریف می شود. این بخش همان خود یا خودپنداره است. خودپنداره تصویر یا برداشت شخص است از آن چیزی که هست. به اعتقاد راجرز، خودپنداره فرد بر ادراکش از جهان و رفتارش تاثیر می گذارد. مفهوم ساختاری دیگر در این مورد، خود

1 . Choice theory

2 . Ferry

آرمانی است. خودآرمانی، خودپنداره‌ای است که انسان آرزو می‌کند داشته باشد و شامل معانی و ادراکاتی است که فرد برای آن‌ها ارزش زیادی قایل است (شاملو، ۱۳۸۲: ۱۴۱).

همراه با شکل‌گیری خود یا خویشتن، نیاز دیگری نیز در نوزاد رشد می‌کند که پایدار است و در همه انسان‌ها یافت می‌شود. راجرز این نیاز را که شامل پذیرش عشق و تایید از سوی دیگران بخصوص مادر است، توجه مثبت نامیده است. (شولتز^۱، ۱۳۸۱: ۳۷۵).

به همین دلیل، راجرز معتقد بود که نخستین شرط لازم برای تحقق سلامت روانی، دریافت توجه مثبت غیرمشروط در دوره کودکی است. یعنی هنگامی که مادر محبت و پذیرش کامل خود را بدون توجه به رفتار کودک، به وی ابراز می‌کند. در این صورت کودک ارزش را در خود پرورش نمی‌دهد و بنابراین مجبور نخواهد بود که تظاهرات هیچ یک از جنبه‌های خود را سرکوب کند. به عقیده راجرز، تنها از این راه است که می‌توان به وضعیت خودشکوفایی دست یافت. (شولتز، ۱۳۷۵: ۳۷۶).

ظرفیت بهره‌گیری از شیوه شناختی - رفتاری در موقعیت‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی از مزایای انکار ناپذیر این شیوه است. این روش برای مشاور و درمانگر از نظر زمان مقرون به صرفه است و برای شرکت‌کننده نیز فوایدی دارد که آشکارترین آنها حمایت شدن از سوی اعضای گروه، یادگیری جانشین و از بین بردن بر چسب‌های منفی می‌باشد (هالپرین و همکاران، ۲۰۰۲).

در گروه بر نقش شناخت و رفتار در احساسات افراد تاکید می‌شود و برای تغییر آن تلاش می‌شود (کوری، ۱۳۹۳: ۱۰۲).

در مشاوره گروهی با روی آورد شناختی - رفتاری سعی می‌شود عقاید غیر منطقی، خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد فرد در مورد روابطش با دیگران کاهش پیدا کند (موسوی و اسدزاده، ۱۳۹۰).

واقعیت‌درمانی نیز یکی از جدیدترین تلاش‌های درمانگران در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود. در این شیوه درمان، مواجهه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار و در نتیجه نیل به هویت توفیق‌مورد تاکید است. این نوع درمان را نه فقط در مورد تمام افراد عادی و مسائل مورد علاقه آنها بلکه در تدوین شیوه صحیح تعلیم و تربیت نیز استفاده می‌کنند. (گلاسر^۲، ۱۳۸۹: ۲۷).

در واقعیت‌درمانی پذیرش مسئولیت رفتار اهمیت به‌سزایی دارد. به نظر گلاسر ادراک‌های انسان از واقعیت است که رفتار، کنشها، افکار و احساسات او را رقم می‌زنند نه خود واقعیت. واقعیت‌درمانی بر سه

Schultz.^۱
2. Glaser

اصل استوار است: قبول واقعیت، قضاوت درباره درستی یا نادرستی رفتار، پذیرش مسئولیت اعمال و رفتار (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶).

گلاسر به این نتیجه رسیده است که انسان ها برخلاف دیدگاه سنتی درمانی چیزی بیش از غرایز و امیال و عادات هستند. انسان ها انتخاب میکنند تصمیم میگیرند تغییر میدهند خودشان را بررسی میکنند. (گلاسر، ۱۳۹۰: ۴۰).

از اهداف اساسی واقعیت درمانی، کمک به مراجع برای یافتن شیوه های موثر به منظور رفع نیازها و یادگیری

شیوه ی کنترل زندگی توسط خود مراجع می باشد. درمان باید در چارچوب واقعیت به ارضای نیازهای اساسی منجر شود دو نیاز اساسی انسان در رویکرد واقعیت درمانی همان طور که گفته شد، تبادل عشق و محبت و احساس ارزشمندی است. این دو نیاز در تشکیل هویت موفق فرد نقش مهمی دارند. در سایه ی این دو نیاز اساسی، فرد قادر خواهد بود مسئولیت رفتارهای خود را به عهده گیرد. فرد با انتخاب بعد مسئولانه شخصیت خود میتواند هویتی موفق کسب کند. (گلاسر، ۱۳۸۹: ۲۸).

حال این پژوهش به دنبال آن است که استفاده از کدام دو رویکرد شناختی رفتاری و واقعیت درمانی در خطاهای شناختی زنان ۲۵ تا ۴۰ سال تغییرات موثرتری ایجاد میکند؟

هدف:

مقایسه اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری (c.b.t) و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر خطاهای شناختی زنان

فرضیه:

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری (c.b.t) و واقعیت درمانی گروهی بر خطاهای شناختی در زنان متفاوت است.

روش:

تحقیق حاضر با روش نیمه تجربی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه اجرا گردید.

جامعه آماری این پژوهش زنان ۲۵ تا ۴۰ سال شهر تبریز است. به دلیل مداخله ای بودن این طرح از روش نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند با شرط ورود استفاده شد. به این ترتیب که از میان زنان ۲۵ تا ۴۰ سال شهر تبریز تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۰ نفری، دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل شرکت در جلسه بدو ورود، پاسخگویی کامل به پرسشنامه خطاهای شناختی و خودپذیری، تمایل به شرکت در طرح، دارا بودن ملاکهای وجود خطاهای شناختی و کسب نمره بالا از پرسشنامه خطاهای شناختی، التزام به شرکت منظم در جلسات درمان گروهی، قرار گرفتن در محدوده سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال، دارا بودن تحصیلات دانشگاهی و جنسیت زن می باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم شرکت در جلسات، ابتلا به بیماری در طول مدت مطالعه و عدم انجام تکالیف و تمرینات در منزل است.

ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه خطاهای شناختی توسط داوود کربلایی و محمدمیگونی در سال ۱۳۸۰ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۵۰ سوال و دارای ۱۰ مقیاس ۱- تفکر همه یا هیچ، ۲- فیلتر ذهنی (منفی بینی)، ۳- تعمیم افراطی، ۴- نتیجه گیری عجولانه، ۵- برچسب زدن، ۶- بی توجهی به امر مثبت، ۷- فاجعه سازی (بزرگ نمایی)، ۸- عبارات بایدها (الزامات)، ۹- استدلال احساسی، ۱۰- شخصی سازی (خودمقصر بینی) می باشد.

نحوه اجرا: برای هر کدام از خطاهای شناختی ده گانه پنج گزینه مناسب تدوین شده است. از آزمودنی خواسته شد با تصور ذهنی و قراردادن خود در فضای ترسیم شده به شکل خیالی، از بین ۵ حالت تنها برای هر عنوان یکی را به دلخواه انتخاب نماید.

نحوه نمره دهی و تجزیه و تحلیل پاسخ کاملاً موافق ۴ نمره، موافق ۳ نمره، بی نظر ۲ نمره، مخالف ۱ نمره و کاملاً مخالف صفر نمره تعلق می گیرد. نمرات بالا در گزینه های کاملاً موافق و موافق در مقایسه با هنجار آزمون دلالت بر وجود خطای مذکور دارند. میانگین ضریب همبستگی کلی بین پاسخ های نوبت اول و نوبت دوم به فاصله دو هفته و از هر جنس ۲۰ نفر برای خانمها ۰/۶۱ و برای آقایان ۰/۶۷ و میانگین ضریب همبستگی کل نمرات هر دو جنس ۰/۶۴ درصد تعیین گردید. (کربلایی، ۱۳۸۰).

در مرحله ی اجرا ابتدا اعضای گروه آزمایشی شناختی رفتاری و واقعیت درمانی و کنترل مشخص شدند.

و پرسشنامه بر روی سه گروه اجرا شد. سپس زمان جلسات گروهی درمان شناختی رفتاری و واقعیت درمانی معین گردید. و روش کار در هر جلسه با الزام بحث و گفتگو و شرکت تمام اعضا در مباحث و انجام تکالیف جلسه در منزل تشریح شد. پس از اتمام جلسات آزمودنی ۲ گروه آزمایشی، از افراد هر ۳ گروه مجدداً پس از آزمون گرفته شد.

دوازده جلسه گروهی هفته ای ۲ بار با ۱۰ نفر آزمودنی تشکیل شد.

پرسشنامه ها بدون نام و با تخصیص کد تکمیل می شد و به شرکت کنندگان اطمینان داده شده بود که اطلاعات شخصی شان کاملاً محفوظ خواهد ماند. جلسات گروه درمانی در اتاقی که صدلی ها دایره وار چیده شده بود و همه اعضا می توانستند یکدیگر را نظاره کنند و آزادانه حرکت های فیزیکی خود را انجام دهند برگزار شد.

دو گروه قبل و پس از زمان مداخله به پرسشنامه های خطاهای شناختی پاسخ دادند. پس از پایان پژوهش از گروه کنترل دعوت شد تا در صورت تمایل در جلسات گروه درمانی آینده شرکت نمایند.

روش مداخله ی آموزش رویکرد شناختی رفتاری شامل موارد ذیل بود:

۱- معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر مشاوره گروهی ۲- معرفی رویکرد شناختی رفتاری (CBT) ۳- آموزش رابطه ی سه بعد تفکر، رفتار، فیزیولوژی و زنجیره A-B-C ۴- افزایش شناخت و آگاهی عضو از خود (معرفی خود در ۴ جمله) ۵- صحبت در باره نقاط قوت و ضعف برای تقویت خود هوشیاری ۶- معرفی خطاهای شناختی و مثال های عینی و روزمره و خواستن مصادیق شخصی از اعضا ۷- شناخت تاثیرات وجود خطاهای شناختی بر افکار و بررسی فرآیند اثر آنها ۸- معرفی کامل خطاهای شناختی و ارائه بروشور مربوطه جهت کشف جنبه هاب معیوب افکار خود ۹- فن تصویر پردازی منطقی-عاطفی فن آرمیدگی تدریجی.

روش مداخله ی آموزش رویکرد واقعیت درمانی شامل موارد ذیل بود:

۱- بیان اهداف گروه و شیوه تشکیل و تعداد جلسات درمانی معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر مشاوره گروهی ۲- معرفی رویکرد واقعیت درمانی و تئوری انتخاب آشنایی با ماهیت تئوری انتخاب ۳- توضیح علل بدبختی و درد ورنج مهار عصبانیت-کمک خواهی بدون التماس- بهانه برای عدم انجام رفتارهای موثر ۴- معرفی نیازهای بنیادین و آشنایی با شدت میزان نیازها مشخص کردن نیمرخ نیازها و طرح و برنامه برای ارضای نیازها ۵- ارائه مفهوم رفتار کلی و ایجاد حس مسئولیت پذیری برای ارضای نیازهای بنیادین ۶- توصیف و بیان جهان کیفی و جهان واقعی ۷- آموزش فنون و روش های تسهیل کننده تغییر (WDEP) ۸- ارائه مفهوم کنترل بیرونی و نقش مخرب آن در روابط و جایگزینی نظریه ی انتخاب به جای خصلت کنترل بیرونی ۹- مفهوم تعارض با دنیای کیفی و نیازهای بنیادین ۱۰- آموزش مفهوم هدف در زندگی و برنامه ریزی برای نیل به اهداف.

به منظور بررسی داده ها و تجزیه و تحلیل نتایج در بخش آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی، نمودارها، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از روش کواریانس یک طرفه استفاده شده است. تمام تحلیل های آماری با نرم افزار spss نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته ها

در بررسی فرضیه این تحقیق که عبارت است از اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری (c.b.t) و واقعیت درمانی گروهی بر خطاهای شناختی و زیر مولفه هایش در زنان متفاوت است با توجه به نتایج حاصل از آمار توصیفی متغیرهای این تحقیق به تفکیک گروه های شناختی-رفتاری، واقعیت درمانی و کنترل (۳۰ نفر) در جدول ۱ آمده است. بر اساس نتایج مندرج در این جدول، میانگین نمرات متغیر خطاهای شناختی، در گروه شناختی-رفتاری برای پیش آزمون به ترتیب برابر ۷۱/۷۰ و برای پس آزمون به ترتیب برابر ۴۵/۱۰ می باشد. بنابراین، اجرای دوره شناختی- رفتاری باعث کاهش خطاهای شناختی شده است.

جدول ۱. نتایج آمار توصیفی

متغیر	شناختی رفتاری		واقعیت درمانی		کنترل	
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
خطاهای شناختی	پیش آزمون ۳۰	۷۱/۷۰	۵/۴۲	۸۲/۵۰	۱۶/۰۹	۸۰/۲۰
	پس آزمون ۳۰	۴۵/۱۰	۱۵/۱۱	۶۹/۷۰	۲۴/۵۷	۸۳/۶۰

میانگین نمرات متغیر خطاهای شناختی در گروه واقعیت درمانی برای پیش آزمون برابر ۸۲/۵۰ و برای پس آزمون برابر ۶۹/۷۰ است. بنابراین، اجرای دوره ی واقعیت درمانی نیز باعث کاهش خطاهای شناختی شده است.

همچنین با توجه به نتایج این جدول، مشاهده می شود که میانگین نمرات متغیر خطاهای شناختی، در گروه کنترل برای پیش آزمون برابر ۸۰/۲۰ و برای پس آزمون برابر ۸۳/۶۰ است.

بر اساس یافته های این پژوهش تحلیل کواریانس یک طرفه بیانگر آن است که اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری و واقعیت درمانی گروهی بر خطاهای شناختی در زنان متفاوت است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه برای آزمون فرضیه

مجدور اتای تفکیکی	Sig	آماره F	منبع تغییر	فرضیه‌ها
۰/۶۷۵	۰/۰۰۱	۵۲/۹۳۲	خطاهای شناختی - پیش‌آزمون	فرضیه
۰/۴۹۴	۰/۰۰۱	۱۲/۷۱۳	گروه	

نتایج آزمون LSD برای آزمون فرضیه

Sig	اختلاف میانگین‌های تعدیل شده (I-J)	گروه (J)	گروه (I)
۰/۰۲۷	-۱۴/۲۶۵	واقعیت درمانی	شناختی- رفتاری
۰/۰۰۱	۳۰/۳۶۶	شناختی- رفتاری	کنترل
۰/۰۱۲	۱۶/۱۰۱	واقعیت درمانی	کنترل

برای تشخیص این که نمره‌های خطاهای شناختی زنان در کدام دو گروه تفاوت معنی‌داری دارد از میانگین‌های تعدیل شده و آزمون LSD استفاده می‌کنیم. تعدیل شده به این معنی است که اثر متغیر خطاهای شناختی - پیش‌آزمون به صورت آماری حذف شده است. نتایج این آزمون در جدول فوق آورده شده است. با توجه به این جدول مشاهده می‌شود که مقدار خطاهای شناختی - پس‌آزمون در گروه‌های «شناختی-رفتاری» و «واقعیت درمانی» پس از حذف اثر متغیر خطاهای شناختی - پیش‌آزمون به طور معناداری متفاوت است. زیرا مقدار Sig آن (۰/۰۲۷) کوچکتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه، اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری و واقعیت درمانی گروهی بر خطاهای شناختی در زنان متفاوت است.

همچنین، چون اختلاف میانگین‌های تعدیل شده‌ی این متغیر در دو گروه (-۱۴/۲۶۵) منفی است. لذا درمانگری شناختی - رفتاری بیشتر از درمانگری واقعیت درمانی باعث بهبود (کاهش) خطاهای شناختی شده است. لازم به توضیح است که مقدار خطاهای شناختی - پس‌آزمون در گروه‌های «کنترل» و «شناختی-رفتاری» و همچنین در گروه‌های «کنترل» و «واقعیت درمانی» پس از حذف اثر متغیر خطاهای شناختی - پیش‌آزمون به طور معناداری متفاوت است. زیرا مقدار Sig آن‌ها (۰/۰۱۲ و ۰/۰۰۱) کوچکتر از ۰/۰۵ است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه بیانگر آن است که اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری ایس و واقعیت درمانی گروهی گلاسر بر خطاهای شناختی در زنان متفاوت است و درمانگری شناختی - رفتاری ایس بیشتر از درمانگری واقعیت درمانی باعث بهبود (کاهش) خطاهای شناختی شده است. این تغییر را می‌توان در نتیجه ی توجه و تاکید درمان شناختی رفتاری بر تغییر افکار و باورهای ناکارآمد و فاقد

پشتوانه منطقی دانست. در این درمان مراجع با بهره گیری از شناخت باورهای غیرمنطقی و انجام تمرینات مبتنی بر اصلاح این باورها میتواند از بروز خطاهای شناختی و مشکلات ناشی از آن جلوگیری کند. بنابراین استفاده از درمان شناختی رفتاری در جهت کاهش خطاهای شناختی درمانی موثر با بازده بالا ارزیابی می شود. تأکید درمان شناختی رفتاری بر روی بحث کردن در مورد باورهای غیر عقلانی است. مقایسه شامل زیر سؤال بردن وقایع و هیجانات مختلف به علت از بین بردن، باورهای غیر عقلانی است با توجه به این نکته میتوانیم در روش گروه درمانی شناختی رفتاری به مراجعان آموزش دهیم که چگونه احساسات و رفتارهای ناکارآمد خود را به احساسات و رفتارهای سالم تغییر داده و چگونه با همه وقایع ناخوشایند که ممکن است در زندگی آنها اتفاق افتد، کنار بیایند و در سایه تفکر صحیح تصمیمات درست را در زندگی اتخاذ نمایند.

یافته های این بخش از تحقیق با برخی از یافته های پژوهش های مشابه انجام شده همسو است. یوسفی و رفاهی (۱۳۹۴) در تحقیق اثر بخشی تلفیقی دو رویکرد واقعیت درمانی و شناختی رفتاری گروهی بر خطاهای شناختی و احساس تنهایی زنان متأهل با توجه به تجزیه و تحلیل یافته ها با استفاده از روش کوواریانس نشان دادند که تلفیق دو رویکرد با کاهش احساس تنهایی و خطاهای شناختی تاثیر معناداری داشته است

صاحبی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی تحت عنوان مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر عزت نفس دانش آموزان دبیرستانی دریافتند آموزش گروهی واقعیت درمانی و شناختی رفتاری در مقایسه با گروه شاهد، تاثیر مثبتی بر افزایش عزت نفس داشته اند. مرادی و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی با نام اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر سلامت روان زنان زندانی یافته های این پژوهش حاکی از آن بود که قدرت ارتباط آموزش درمان گروهی شناختی- رفتاری با بهبود سلامت روان بالا است. نتایج این تحقیقات نشان دهنده تاثیر مثبت درمان شناختی رفتاری در افراد مورد مطالعه است.

یافته های این بخش از تحقیق با یافته های پژوهش های مشابه انجام شده توسط نژاد سلیمانی و همکاران (۱۳۹۱) متفاوت است در پژوهش مقایسه اثر بخشی دو شیوه گروه درمانی شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر جرات ورزی دختران دبیرستانی کم جرات شهر سرخس به نتیجه متفاوتی رسیدند که بین اثربخشی درمانهای شناختی رفتاری و واقعیت درمانی در افزایش جرات ورزی دختران دبیرستانی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین هنرپروران و همکاران (۱۳۹۰) با انجام تحقیقی با عنوان اثر بخشی تلفیقی دو رویکرد شناخت درمانی و واقعیت درمانی گروهی نشان دادند این روش درمانی تاثیری روی همانندسازی در رابطه مادر - فرزندی ندارد.

به طور کلی می توان گفت اثر بخشی درمانگری شناختی رفتاری (c.b.t) ایس و واقعیت درمانی گروهی گلاسر بر خطاهای شناختی زنان متفاوت است. این تغییر را می توان در نتیجه ی توجه و تاکید درمان شناختی رفتاری ایس بر تغییر افکار و باورهای ناکارآمد و فاقد پشتوانه منطقی دانست. در این درمان مراجع با بهره گیری از شناخت باورهای غیرمنطقی و انجام تمرینات مبتنی بر اصلاح این باورها میتواند از بروز خطاهای شناختی و مشکلات ناشی از آن جلوگیری کند. بنابراین استفاده از درمان شناختی رفتاری در جهت کاهش خطاهای شناختی توصیه میگردد. این روش بنا به یافته ها و تحلیل های آماری این تحقیق دارای اثر بخشی بیشتر در بهبود کیفیت زندگی و روابط زنان است که می تواند در مراکز مشاوره و مدارس و حتی سرای سالمندان مورد بهره برداری قرار گیرد. محدودیت های این پژوهش عبارت است از جامعه آماری محدود به زنان شهر تبریز و گروه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال و استفاده از ابزار تحقیق پرسشنامه هم چنین محدودیت زمانی و عدم کنترل هوشیهر که ممکن است نتایج را تحت تاثیر قرار دهد می باشد. در پایان پیشنهاد می شود با توجه به یافته های تحقیق که عبارت از تفاوت اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری (c.b.t) و واقعیت درمانی گروهی بر خطاهای شناختی در زنان بود و با توجه به تاثیرگذاری درمان شناختی رفتاری، برنامه آموزشی مبتنی بر این رویکرد تدوین شود و در مراکز بهزیستی و مشاوره و سرای سالمندان و مدارس اجرا شود. از طرفی پکیج درمان شناختی رفتاری محقق ساخته ای که طی ۱۲ جلسه روی زنان کار شده است و بر اساس نتایج آزمون به عمل آمده نتایج مطلوبی داشته است در سایر مراکز و یا پژوهش های مشابه استفاده گردد.

هم چنین منابع مکتوب به صورت بروشور و... با محتوی مفاهیم درمان شناختی رفتاری در مورد خطاهای شناختی برای اطلاع رسانی به عموم افراد جامعه تهیه شود تا در جهت کاهش میزان خطاهای شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

References

- Ahadi, Hasan. Bagheri, Fariborz & Sohrabi, Faramarz. (2009). Curriculum. **Cognitive errors**, ID 6061. 1st edition. Office of Human Resources Studies and Training
- Beak, A. (1976), **Cognitive therapy and Emotional Disorder**, New York Basic book
- Ellis, A. & Dryden, W. (198۹); **Rational-emotive therapy**: an excellent counseling theory for nps. Nurse Practitioner, 12(7), 16-37.
- Ellis, Albert. Siegel, J. L., Yeider, Regi. Diabatia, V.J. & Gizepp, R. D (1989). **Couples Therapy**. Translated by: Salehi Fdardi, Javad. Amin Yazdi, Seyyed Amir (1996). Tehran: Misaghpublication

- Halperin, S. Nathatn, P. Drummond, P. Castle, D. (2002) **cognitive behavioral group – based intervention for social anxiety in schizophrenia**. Australian and News land journal of psychiatr: 36, 35-4۷
- Shamloo, S. (2003). Personality Psychology. Tehran, Roshd, 7th Edition, p. 141.
- Shafi Abadi, Abdullah & Naseri, Gholamreza. (2013). **Counseling and Psychotherapy Theories**. Tehran: Markaze Nashre Daneshgahi.
- Schultz, D. (2002), **Personality Theories**, Translated by: Karimi, Yusef & Jamhari, Farhad. Arasbaran Publication.
- Schultze, D & Schultz, S. (1996). **History of New Psychology**. Translated by: Saif, Ali Akbar et al., Tehran, Roshd, 3rd edition, Volume II, pp. 375 and 376.
- Sahebi, Ali. Forghani, Omolbanin. Javanbakht, Maryam et al. (2012). **Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Reality Therapy on the Self-Esteem of High School Students**. Journal of Principles of Mental Health, Summer 2012, year: 14. no 172-80:2.
- Free, M. (2005). **A Practical Guide to Group Cognitive Therapy**. Translated by Mohammadi, M & Farnam, R. Tehran. Roshd.
- Karbalayi, Davoud & Meigouni, Mohammad (2001). **Preliminary evaluation of the relationship between personality disorder clusters and cognitive errors**. Master dissertation for clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute.
- Kerry, Gerald (2014). **The theory and practice of counseling and psychotherapy**. Translated by: Seyyed Mohammadi, Yahya. Arasbaran, Nasr. Tehran: 13th Edition
- Karimi, Azadeh. (2009). **Cognitive errors**. Office of Human Resources Studies and Training of the Central Organization of Islamic Azad University, Tabriz branch
- Glaser, William (2010), **Schools with no fails**, Translated by: Sade, Hamze. Roshd Publication.
- Glaser, William (2011). **Theory of Choice** (an introduction to the Psychology of Hope). Translated by: Sahebi, Ali. Tehran. Saye sokhan publication.
- Moradi, Sara. Taghvayi, Davoud & Shahrehi, Shima. (2013). **The Effect of Cognitive Behavioral Therapy in Mental Health of Women in Prison**. Police Medicine. Fall, 2013. No.3.
- Mousavi, Zahra and Ahqar Asadzadeh, Hassan. (2011). **The Effectiveness of Group Counseling Based on Cognitive-Behavioral Approach in Students' Attachment Styles**. Quarterly Journal of Transformational Psychology (Iranian Psychologists) Volume 8, Issue 29: Pp.45 – 54.

- Nejad Soleimani, Raheleh & Ghanbari Hashem. Abadi, Bahramali. (2012). **Comparison of the Effectiveness of Two Methods of Cognitive-Behavioral Therapy and Therapeutic Reality Therapy on the Encouragement of High School Girls of Low Courage in Sarakhs city**. Dissertation for the Fulfillment of the Degree of Master of Art in General Psychology Honarparvaran, Nazanin.
- Gaderi, Zahra & Amirianzadeh, Leila. (2011). The Effectiveness of Combining Cognitive Therapy and Group Therapeutic Reality Therapy on the Relationship between Motherhood and Childhood in Adolescent Girls. **Journal of Applied Psychology**, Winter 2011 2011, Year 5, Issue 4.
- Yousefi, Fatemeh & Rafahi, Jhaleh. (2015). **The Effect of Combining Reality Therapeutic and Cognitive-Behavioral Approaches on Cognitive Errors and Loneliness of Married Women**. The 1st Conference on Psychology, Education and Community Pathology.
- Werwh, J. Remer. P. (2003) **Famenist Perspectives in Therapy**. Hoboken, NJ: Wiley, Sons. Inc

