
بررسی اثر بخشی گروه درمانی عقلانی - هیجانی - رفتاری بر کاهش استرس
(مورد مطالعه: دیرنابینان ۴۰-۲۰ سال شهرستان مشهد در سال ۱۳۹۱)

مهین دخت مظفر جلالی^۱

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر گروه درمانی عقلانی - هیجانی - رفتاری (REBT) در کاهش استرس دیرنابینان بوده است. طرح پژوهش به صورت پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و گواه سازمان دهی شده است. پس از انتخاب افراد واجد شرایط، آنان به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۳۰ نفر در هر گروه) و پیش آزمون برای دو گروه اجرا شد. سپس آموزش عقلانی - هیجانی - رفتاری بر روی گروه آزمایش اعمال گردید. پس از اتمام آموزش از دو گروه پس آزمون به عمل آمد و یک ماه بعد نیز از دو گروه مجدداً آزمون انجام پذیرفت. جهت جمع آوری اطلاعات پژوهش از پرسشنامه باورهای غیر منطقی IBT و پرسشنامه DASS21 استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمونهای T و کلیه مراحل تحلیل با نرم افزار SPSS 18 انجام پذیرفت. نمرات گروه آزمایش و گروه گواه در پیش آزمون تفاوت چندانی با هم نداشت، در پس آزمون نمرات گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری داشت، اما در گروه گواه تفاوت معنا دار نبود. این امر بیانگر اثربخشی مداخله ارائه شده می‌باشد. همچنین با مقایسه نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری به دست نیامد و در نتیجه می‌توان تأثیر مداخله آموزش گروهی REBT را با ثبات ارزیابی کرد. به طور کلی نتایج تحقیق حاضر، حاکی از اثر بخشی مداخله آموزش REBT در کاهش استرس افراد دیرنابینا می‌باشد.

واژگان کلیدی:

دیرنابینا، عقلانی، هیجانی، رفتاری، REBT، استرس

^۱ - کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران.

مقدمه

دیرنابینایان قشری از جمعیت یک درصدی معلولین بینایی جامعه هستند، که در سنین بالا به هر دلیل دچار معلولیت بینایی شده اند و دارای تجربه و حافظه بینایی می‌باشند. این افراد با مشکلات عدیده‌ای مواجه هستند و به دلایلی اکثریت آنان فاقد توانایی کافی برای رویارویی با معلولیت بینایی و حل مسائل چالش برانگیز فراروی خود، می‌باشند. مطالعات تجربی نشان می‌دهند، عدم توانایی در پذیرش و سازگاری با معلولیت و محیط، که عمدتاً ناشی از تفکرات غیر منطقی و رفتارهای ناهنجار می‌باشد، باعث می‌شود همواره اضطراب و استرس فراوانی را تجربه کنند. بروز چنین اختلالاتی در افراد دیرنابینا موجب می‌گردد تا آنان نتوانند از یک زندگی نسبتاً مستقل و پویا و البته سالم برخوردار گردند. دشواری شرایط ناشی از معلولیت به قدری بر آنان چیره شده که زندگی برایشان پوچ و بی معنا می‌گردد. به طوریکه در شرایط حاد این افراد مرگ را بر زندگی ترجیح می‌دهند. طی سالهای متمادی کار با این افراد پژوهشگر را بر آن داشت تا به شیوه‌ای دیگر همراه شیوه‌های متعارف در برنامه‌های توانبخشی (که به طور کامل پاسخگوی نیازهای روانی، عاطفی و اجتماعی اکثر آنان نبوده)، بپردازد تا شاید در این رهگذر بتواند راه حل مناسب تری برای بازتوانی آنان پیدا کند.

انسان به طور طبیعی ۸۰٪ اطلاعات را از محیط به وسیله مشاهده و از طریق حس بینایی به دست می‌آورد. و تنها ۲۰٪ اطلاعات را از طریق سایر حواس خود کسب می‌کند (اتکینسون، ۱۳۸۳؛ داوومنش و براتی، ۱۳۸۷). شخص دیرنابینا با از دست دادن بینایی از کسب ۸۰٪ اطلاعات محیط پیرامون خود محروم می‌شود، که این امر فشار روانی بسیاری را بر او وارد می‌سازد. او که قبلاً همه چیز را می‌دیده، مستقل رفت و آمد می‌کرده، شغل مناسبی داشته و از نعمات بسیاری برخوردار بوده اکنون خود را از وجود آنها محروم و در تاریکی محض می‌بیند. نمی‌تواند بیندیشد، تصمیم بگیرد، دستیابی به اهداف خود را غیر ممکن و آنرا از دست رفته می‌بیند، پس بی هدف و درمانده می‌شود. نگرانی لحظه‌ای از او دور نمی‌شود. هر حرکت او با استرس زیادی همراه است. افسرده و منزوی می‌شود در نتیجه تعاملات اجتماعی او کاهش پیدا کرده و محدود می‌شود. از دوستان و آشنایان می‌گریزد. دوست ندارد آشنایی با وضعیت نابینایی او را ببیند و به او ترحم کند. بدبین و پرخاشگر می‌شود. با اعضای خانواده می‌جنگد، که این نیز فشار روانی وارده بر او و همچنین بر اطرافیان او را افزایش می‌دهد و در نتیجه این اضطراب و فشار روانی وارده نمی‌تواند از

شنوایی، لامسه، بویایی و خود به نحو مطلوب بهره مند شود. یعنی نمی تواند ۲۰٪ اطلاعات محیط پیرامون خود را از طریق سایر حواس بطور کامل کسب نماید. او همچنین یاد نگرفته چگونه از حواس باقیمانده برای جبران نقیصه یا فقدان حس بینایی استفاده کند یا ممکن است هریک از حواس باقیمانده او به هر علتی نتواند عملکرد خود را بطور کامل انجام دهد. همچنین چون تمرکز خود را از دست می دهد توانایی استفاده از حواس باقیمانده در او ضعیف می شود. فرد دیر نابینا حواس باقیمانده خود را باور ندارد پس به عملکرد آن حواس اعتماد نمی کند در نتیجه بهره کافی را از حواس باقیمانده نمی برد برای مثال نشانه ها و پیامهای صوتی را دریافت می کند ولی نمی شنود. (مطالعات کارشناسان آموزشی، توانبخشی نابینایان خراسان رضوی، برگرفته از چندین دهه تجربیات شخصی و مصاحبه با افراد دیر نابینا و خانواده های آنان، ۱۳۹۰).

علاوه بر مشکلات و چالش هایی که فرد دیر نابینا خود با آن روبروست، خانواده و جامعه نیز ناخواسته به طرق و در ابعاد مختلف بر مشکلات او می افزایند که این امر گاهی تحمل نابینایی را بر او بقدری دشوار می سازد که زندگی برای او بیهوده و غیر قابل تحمل می شود. مسائل و مشکلاتی که معلولین از جمله دیر نابینایان با آن مواجه هستند ناشی از عدم انگیزه، مشکلات عاطفی همراه با معلولیت (خدابخشی، ۱۳۹۰)، عدم شناخت آنان از واقعیت ها و پذیرش معلولیت خود، عدم سازگاری با محیط و وضعیت جدید و قالب بودن تفکرات غیر منطقی بر آنان می باشد (مطالعات تجربی کارشناسان آموزشی توانبخشی نابینایان، 1391).

استرس وارد شده به افراد دیر نابینا به مراتب بیشتر از نابینایان مادرزادی می باشد، زیرا افراد نابینا فرصت تطبیق خود با معلولیت و محیط را از اوایل زندگی داشته و اساسا دنیای بینایی را تجربه نکرده اند که رنج از دست دادن آنرا تحمل کنند اما افراد نابینا و دیر نابینا می توانند با تغییر نگرش و تفکرات غیر منطقی، استرس وارد بر اثر بسیاری از مسایل ذکر شده را در خود کاهش داده و یا خنثی نمایند.

الیس مبدع مکتب عقلانی - هیجانی - رفتاری (REBT) معتقد است که ناراحتی های هر فرد زاییده افکار غیر عقلانی اوست. در نتیجه او برای درمان اختلالات پیشنهاد کرد که باید از آموزش، استدلال و منطق و هدایت صریح و مستقیم حداکثر استفاده را به عمل آورد تا بتوان افکار منطقی و عقلانی تر را جایگزین افکار غیر عقلانی کرد و مراجع را از شر آنها نجات داد. مکتب عقلانی - هیجانی - رفتاری معتقد است که انسان موجودی عقلانی و

منطقی و در عین حال غیر منطقی و غیر عقلانی است. هنگامی که تفکر و رفتار عقلانی باشد موجودی کارآمد خوشحال و توانا خواهد بود. انسان از طریق تفکر صحیح و منطقی می‌تواند همان طور که مایه اضطراب و استرس خود می‌شود خود را از شر ناراحتی‌های خویش نیز رها کند. (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۹). «رفتار درمانی عقلانی- هیجانی یک روش تربیتی و در مانی است که در شکل فردی و گروهی راه و رسم کنار آمدن با مشکلات زندگی و داشتن احساس بهتر هنگام مواجه شدن با مشکلات را یاد می‌دهد» (الیس و بکر، ۱۳۸۲، ص ۱۸) در آموزش گروهی افراد گروه فرصت دارند که نسبت به یکدیگر به تفکر و عمل بپردازند و برای یکدیگر نقش درمانگر را ایفا کنند. اعضای گروه در نتیجه تعامل با یکدیگر و از طریق خودافشاگری، دریافت حمایت، همدلی و کمک از سوی دیگر اعضا و همچنین احساس داشتن درد مشترک می‌توانند در مورد خود و مسائل شان به فهم و بینش وسیع تر و عمیق تری دست یافته و بهتر با آنها کنار آیند. همچنین فرد می‌تواند از طریق یادگیری مشاهده‌ای با افرادی که موفق ترند همانند سازی کرده و الگوهای مثبت رفتاری و فکری آنها را بیاموزد ضمن اینکه موفقیت گروهی موجب فراهم آوردن فرصتی برای رشد مهارت‌های اجتماعی می‌شود (خدابخشی کولایی، ۱۳۹۰).

تا کنون مطالعات بسیاری در مورد اثربخشی رفتار درمانی عقلانی- هیجانی منتشر شده که اکثر آنها نتایج مثبتی داشته اند (الیس، ۱۳۸۱) «رفتار درمانی عقلانی- هیجانی و درمان شناختی- رفتاری همگی یافته‌های آزمایشی بی نظیری داشته اند و برای اکثر مراجعان جواب داده اند» (الیس، ۱۳۸۱ ص ۱۱). بعنوان مثال می‌توان به مطالعات بنکس و زایننتس (۲۰۰۶)، تجسن، دی جیوسپ و کرانر (۲۰۰۰) مکداف و درایدن (۱۹۹۸)، وارن (۲۰۱۱) (آلتروس، ۲۰۰۲) فراتحلیل انگلس و همکاران (۱۹۹۳) اشاره نمود. بررسی‌ها حاکی از آن است که نه تنها تحقیقی درباره‌ی تأثیر آموزش گروهی عقلانی- هیجانی- رفتاری در مورد دیر نایب‌نایان صورت نگرفته بلکه به طور کلی در کشور ما پژوهشی در هیچ زمینه‌ای درباره‌ی افراد دیرنابینا که جمعیت کثیری از افراد نابینا را تشکیل می‌دهند انجام نپذیرفته، به جز چند تحقیق در خصوص جانبازان نابینا که مسایل و مشکلات خاص خود را دارند. تحقیقات انجام شده بسیاری بر روی افراد با مسایل و مشکلات خاص (به جز نابینایان) بیانگر تأثیر REBT بر کاهش استرس می‌باشد. از جمله مطالعه بالترو ارجرو (۱۹۹۷) در مورد مدیریت استرس در بیماران سندرم خستگی مزمن به وسیله REBT، کاهش استرس این بیماران را نشان می‌دهد. بنابراین انتظار می‌رفت آموزش گروهی عقلانی- هیجانی-

رفتاری بتواند تغییرات عمده‌ای را در تفکرات و باورهای غیرمنطقی افراد دیرنابینا هم ایجاد نموده و این تغییر نگرش نقش عمده‌ای در پذیرش واقعیت‌ها و سازگاری آنان با محیط و وضعیت جدیدشان ایفا نماید و در نتیجه تأثیر مثبتی در کاهش استرس آنان داشته باشد. با توجه به مطالب فوق، تحقیق حاضر با نظر داشت جمعیت کثیر دیرنابینان و وضعیت روحی نابسامان آنان اثربخشی آموزش گروهی عقلانی-هیجانی- رفتاری در کاهش استرس دیرنابینان را مورد بررسی و مطالعه قرار داده و به نتایج مثبتی دست یافت.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

این مطالعه با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و گواه می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش دیرنابینان (مؤنث و مذکر) سنین ۲۰-۴۰ سال شهرستان مشهد و به تعداد ۱۳۰۰ نفر هستند.

نمونه آماری پژوهش به صورت در دسترس ۶۰ نفر از دیر نابینان، مراجعه کننده به مرکز توانبخشی نابینان و تشکل‌های نابینان شهرستان مشهد، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه به تعداد ۳۰ نفر جایگزین شدند. سن اکثر آنان بین ۲۰-۳۰ سال بود.

ابزار پژوهش

برای سنجش باورهای غیر منطقی از پرسشنامه IBT استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط جونز به منظور سنجش عقاید غیر منطقی ساخته شده است. اکثر تحقیقاتی که پیرامون درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری صورت گرفته از این آزمون استفاده کرده اند. پرسشنامه IBT از ده قسمت و صد سوال تشکیل شده است. هر قسمت یکی از باورهای غیر منطقی را اندازه گیری می‌کند. شواهد روایی و پایایی این پرسشنامه توسط باباصفری (۱۳۷۸) مورد پژوهش قرار گرفته است. این پژوهشگر پرسشنامه را در مورد گروه نمونه ۴۰۰ نفری از دانش آموزان پسر مقطع متوسطه خمینی شهر اجرا و میانگین پایایی همه خرده مقیاس‌ها ۰/۷۴ به دست آمد. ترکسلرو کارست (۱۹۷۲-۱۹۷۳) و جونز (۱۹۶۸)، ضریب اعتبار آزمون را با استفاده از روش باز آزمایی به ترتیب معادل ۰/۸۸ و ۰/۹۲ و خرده مقیاس‌ها را ۰/۴۵ تا ۰/۹۵ و ۰/۶۶ تا ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند. تقی پور نیز اعتبار این تست را با استفاده از آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۱ گزارش کرده است (به نقل از بابا صفری، ۱۳۷۸).

اسمیت و زوراسکی در تحقیقات متعددی مشاهده نموده اند که بین آزمون IBT و آزمون‌های آشفتگی‌های عاطفی همبستگی بالایی وجود دارد. در این تحقیقات رابطه IBT و RBI یک بار ۰/۶۶ و بار دیگر ۰/۷۱ به دست آمد. همبستگی بین این دو آزمون با آزمون‌هایی همچون آزمون وضعیت اضطراب، آزمون افسردگی بک، آزمون وضعیت خشم به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۵۹، ۰/۷۰، ۰/۵۵ و ۰/۵۰ به دست آمد که همگی در سطح ۹۹ درصد معنی دار هستند که نشان از روایی ملاکی آزمون دارد. نرم تست با استفاده از شاخص‌های آماری بالا به صورت نمره T با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ محاسبه گردیده است (پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۸۷).

برای سنجش استرس از پرسشنامه DASS استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۵۵ توسط لویبوند و لویبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم می‌باشد. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هر ۱۴ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه می‌گیرند. لویبوند و لویبوند (۱۹۹۵) در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، همبستگی بالایی بین پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS (r = 0/4) نشان دادند. فرم کوتاه مدت ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتبار یابی شده است. در این مطالعه همسانی درونی مقیاس‌های DASS با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شده و این نتایج به دست آمدند: مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و مقیاس استرس ۰/۷۸. این مقدار همسانی درونی تقریباً با همسانی درونی نسخه ۲۱ ماده‌ای اصلی DASS برابر است. (همسانی درونی محاسبه شده توسط لویبوند و لویبوند (۱۹۹۵)، برای یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری عبارت بود از: مقیاس افسردگی ۰/۸۱، مقیاس اضطراب ۰/۷۳ و مقیاس استرس ۰/۸۱). روایی این مطالعه به دو صورت مورد بررسی قرار گرفت: تحلیل عاملی و روایی ملاک. در این پژوهش مشخص گردید که نسخه فارسی DASS ۲۱ ماده‌ای دارای اعتبار و روایی رضایتبخشی است و می‌توان آن را در کارهای پژوهشی و بالینی به کار برد (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴).

لازم به ذکر است با توجه به وضعیت آزمودنی‌ها و اینکه می‌بایست به ۱۰۰ سوال باورهای غیر منطقی پاسخ می‌دادند به نظر رسید پرسشنامه DASS مناسب تر است.

اجرای پژوهش:

اجرای پژوهش به این ترتیب بود که نخست همه دیر نابینایان نمونه پژوهش، پرسشنامه‌های IBT و DASS را تکمیل نمودند. سپس گروه آزمایش تحت مداخله آموزشی عقلانی - هیجانی - رفتاری (REBT) قرار گرفتند اما گروه گواه آموزشی را در این خصوص دریافت ننمودند. پس از ۱۵ جلسه آموزشی از هر دو گروه پس از آزمون بعمل آمد و بعد از یک ماه جهت پیگیری از دو گروه مجدداً آزمون انجام پذیرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمونهای T- استودنت دو نمونه‌ای مستقل و T- استودنت زوجی (T وابسته) بعمل آمد. کلیه مراحل تحلیل با نرم افزار SPSS 18 انجام پذیرفت

یافته‌های پژوهش

یافته‌های جدول شماره ۱ نشان دهنده آن است که میانگین تفکرات غیرمنطقی گروه گواه در پیش آزمون ۳۲۱/۰۳ بوده و در مرحله پس آزمون ۳۱۹/۹۷ می‌باشد. که این تفاوت معنا دار نمی‌باشد ($P\text{-Value} = 0/500$). اما میانگین تفکرات غیرمنطقی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۳۴۱/۰۰ می‌باشد که این مقدار در پس آزمون به ۲۳۴/۴۳ کاهش یافته است و این مقدار تغییر، بطور قابل ملاحظه‌ای معنی دار می‌باشد ($P\text{-Value} < 0/001$). می‌توان نتیجه گرفت مداخله آموزشی باعث کاهش میزات تفکرات غیرمنطقی در گروه آزمایش شده است.

جدول شماره ۱: بررسی مقایسه‌ای میزان عقاید غیرمنطقی در هریک از گروه‌های گواه و آزمایش در

مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه	مرحله اندازه گیری	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون T	P-Value
گواه	پیش آزمون	۳۰	۳۲۱/۰۳	۳۳/۰۷	۰/۶۸۳	۰/۵۰۰
	پس آزمون	۳۰	۳۱۹/۹۷	۳۱/۹۲		
آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۳۴۱/۰۰	۴۲/۹۲	۱۰/۹۹	< ۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۰	۲۳۴/۴۳	۳۰/۹۹		

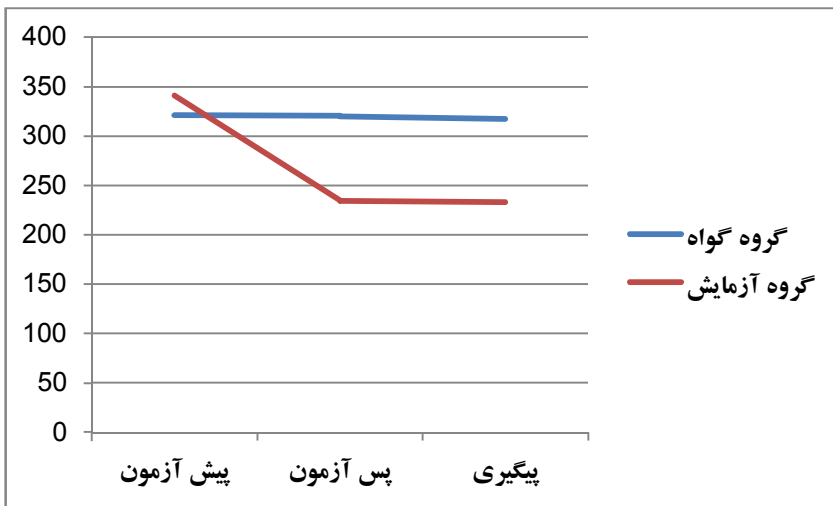
جدول شماره ۲ نشان دهنده آن است که تفاوت باورهای غیرمنطقی افراد مورد مطالعه (که از مجموع شاخص‌های باورهای غیرمنطقی به دست می‌آید) در گروه‌های گواه و

آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی دار نمی باشد ($P\text{-Value} > 0/05$). این یافته‌ها نشان دهنده تداوم تأثیر آموزش در گروه آزمایشی می‌باشد.

جدول شماره ۲: بررسی مقایسه‌ای میزان عقاید غیرمنطقی در هریک از گروه‌های گواه و آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری

گروه	مرحله اندازه گیری	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون T	P-Value
گواه	پس آزمون	۳۰	۳۱۹/۹۷	۳۱/۹۲	۰/۹۰۰	۰/۳۷۵
	پیگیری	۳۰	۳۱۷/۰۳	۳۶/۰۶		
آزمایش	پس آزمون	۳۰	۲۳۴/۴۳	۳۰/۹۹	۰/۴۶۹	۰/۶۴۲
	پیگیری	۳۰	۲۳۳/۱۳	۳۴/۶۹		

نمودار شماره ۱: شاخص‌های آماری عقاید غیرمنطقی



همان طوری که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، در مرحله پیش آزمون میانگین استرس در گروه گواه ۱۷/۷۰ می‌باشد، این مقدار در پس آزمون، ۱۷/۸۷ شده که کمی افزایش داشته است که معنی دار نمی باشد. می‌توان نتیجه گرفت استرس در گروه گواه تغییری نداشته است ($P\text{-Value} = 0/433$). جدول مذکور حاکی از آن است که استرس در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۱۵/۹۳ بوده و در مرحله پس آزمون به ۶/۶۰ رسیده یعنی کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است ($P\text{-Value} < 0/001$). نتیجه آنکه مداخله آموزشی باعث کاهش استرس دیرنابینان (گروه آزمایش) شده است.

جدول شماره ۳: بررسی مقایسه‌ای استرس در هریک از گروه‌های گواه و آزمایش در مرحله پیش آزمون

و پس آزمون

گروه	مرحله اندازه گیری	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون T	P-Value
گواه	پیش آزمون	۳۰	۱۷/۷۰	۱/۹۱	-۰/۷۹۶	۰/۴۳۳
	پس آزمون	۳۰	۱۷/۸۷	۱/۴۵		
آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۱۵/۹۳	۲/۶۳	۱۴/۷۰۱	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۰	۶/۶۰	۲/۷۸		

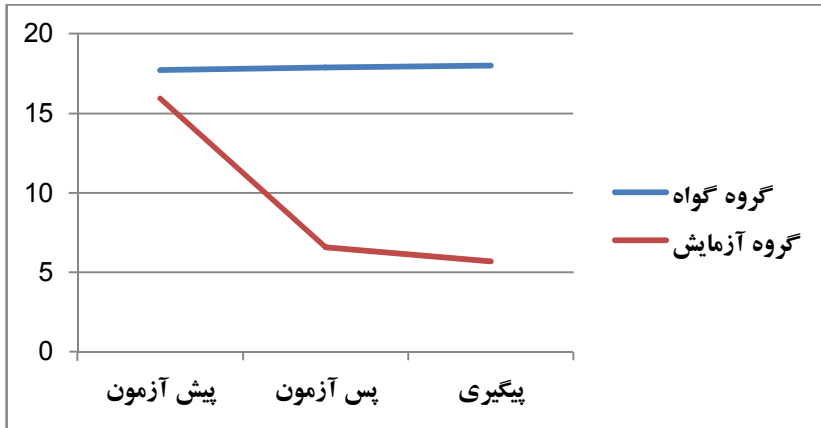
جدول شماره ۴ حاکی از آن است که میانگین استرس در گروه گواه در پس آزمون ۱۷/۸۷ می‌باشد. این مقدار در مرحله پیگیری به ۱۸/۰۰ افزایش داشته است که از نظر آماری تفاوت معنا داری نمی باشد ($P\text{-Value} = ۰/۵۱۴$). بنابراین استرس در گروه گواه در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر قابل ملاحظه‌ای نداشته است. در گروه آزمایش میانگین استرس در مرحله پس آزمون ۶/۴۸ بوده که این مقدار در مرحله پیگیری کمی کاهش داشته است و برابر ۵/۶۹ می‌باشد. این مقدار از نظر آماری معنا دار نمی باشد. یعنی مداخله آموزشی تا مرحله پیگیری ثبات داشته است.

جدول شماره ۴: بررسی مقایسه‌ای میزان استرس در هریک از گروه‌های گواه و آزمایش در مرحله پس

آزمون و پیگیری

گروه	مرحله اندازه گیری	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون T	P-Value
گواه	پس آزمون	۳۰	۱۷/۸۷	۱/۴۵	-۰/۶۶۰	۰/۵۱۴
	پیگیری	۳۰	۱۸/۰۰	۱/۹۳		
آزمایش	پس آزمون	۲۹	۶/۴۸	۲/۷۶	۱/۶۴۵	۰/۱۱۱
	پیگیری	۲۹	۵/۶۹	۳/۸۸		

نمودار شماره ۲: شاخص‌های آماری متغیر استرس



نتایج تحقیق حاضر، حاکی از اثر بخشی مداخله آموزش گروهی REBT در تغییر باورهای غیر منطقی افراد دیرنابینای شرکت کننده در دوره آموزشی بوده که در نتیجه این تغییر، استرس این افراد بشدت کاهش یافته است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از بررسی و تحلیل داده‌های پژوهش، می‌توان دریافت که تأثیر آموزش REBT در آزمودنی‌های گروه آزمایش باعث کاهش باورهای غیر منطقی آنان گردیده و تغییر باورها به کاهش استرس آنها منجر شده است بطوری که مقدار کاهش میانگین استرس در پس آزمون نسبت به پیش آزمون به طور چشمگیری معنا دار می‌باشد ($P < 0.001$). اما تفاوت این میانگین در پس آزمون و آزمون پیگیری معنی دار نمی‌باشد و این مقایسه ثبات تأثیر مداخله آموزشی را نشان می‌دهد. آموزش‌ها در راستای تغییر تفکرات و باورهای غیرمنطقی بوده و تاکید زیادی، بر پذیرش معلولیت، تطبیق خود با وضعیت جدید، کتمان نکردن نابینایی، بدون نگرانی استفاده از وسایل کمک توانبخشی، نگران نبودن از برخورد دیگران، وحشتناک ندانستن نابینایی و واکنش نشان ندادن به باورهای نامعقول، مهم ندانستن رفتارهای ترحم آمیز دیگران و ... شده است. بطور کلی همه تلاش بر این بود تا باورهای غیرمنطقی بسیاری را که بر دیرنابینایان حاکم می‌باشد در جهت تبدیل به باورهای منطقی تغییر داد. این امر در اعضای گروه آزمایش که تحت آموزش‌های ذکر شده قرار گرفته و تمرینات بسیاری را انجام داده و در مورد مسائل فرا روی خود با

اعضای گروه به بحث و بررسی می‌پرداختند با موفقیت انجام شد. بطوری که بیان گردید، افراد مذکور با ایجاد تغییر در باورهای غیرمنطقی خود (فاجعه دانستن نابینایی، مهم دانستن تایید دیگران، وابستگی به دیگران، سرزنش خود، انتظار بالا از خود، داشتن استرس...) و به دست آوردن نگاه واقع بینانه به زندگی، نابینایی، رفتار دیگران و ... توانستند استرس خود را به طور چشمگیری کاهش دهند. اما با مقایسه میانگین تفکرات غیرمنطقی اعضای گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون وهمچنین پس آزمون و پیگیری تغییر قابل ملاحظه‌ای به چشم نمی‌خورد که این امر حاکی از دریافت نکردن آموزش REBT در این گروه بوده است. بنابراین، این گروه همچنان با تفکرات غیرمنطقی خود دست به گریبان بوده و با توجه به اینکه باورها و نگرش آنان منطقی نمی‌باشد، از استرس بالایی رنج می‌برند. یافته‌های پژوهش در کلیه مراحل بیانگر این مطلب می‌باشد. بنابراین می‌توان به این نتیجه کلی دست یافت که آموزش گروهی عقلانی-هیجانی-رفتاری در کاهش استرس دیرنابینان شرکت کننده در دوره مؤثر بوده و فرضیه پژوهش حاضر تأیید می‌گردد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که به برخی از آنها اشاره می‌شود، همه افراد شرکت کننده در دوره، بطور یکسان، تسلط کافی به خواندن و نوشتن خط بریل نداشتند. برخی نیز کم بینا بودند و تنها با استفاده از وسایل کمک توانبخشی بینایی قادر به خواندن و نوشتن بوده و عده معدودی نیز برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها احتیاج به منشی داشتند. این تنوع توانایی آزمودنیها در نوشتن پرسشنامه‌ها، دشواریهایی را برای انجام آزمون به همراه داشت. دیگر اینکه تعدادی از آزمودنی‌ها دیپلم و تعداد کمی زیر دیپلم و بقیه دانشجوی و لیسانس بودند که این تفاوت سطح سواد بین اعضای گروه، مشکلاتی را به همراه داشت. سخن آخر اینکه با توجه به نقش خانواده افراد کم بینا و نابینادر ایجاد افزایش استرس در آنان، پیشنهاد می‌شود تا برای گروه هدف و خانواده‌های آنها آموزش گروهی REBT بطور همزمان و در جلسات جداگانه برگزار گردد. همچنین با عنایت به کسب تجربه در پژوهش حاضر، برای بهره برداری بیشتر، پیشنهاد می‌شود مجریان آموزش حداقل دو نفر و یکی از آنان از کارشناسان آموزشی توانبخشی نابینان (ترجیحا نابینا یا کم بینا) باشند. و نیز با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا شیوه REBT در فرایند توانبخشی نابینان و کم بینان و به ویژه دیرنابینان به عنوان پیش نیاز و یا درحین برنامه آموزشی توانبخشی به کار گرفته شود.

سپاس:

از آقای دکتر امینی یزدی و آقای دکتر صالحی استادان محترم دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی که بعنوان استاد راهنما و استاد مشاور در انجام این پژوهش مرا یاری نمودند، سپاسگزارم. همچنین از آقای میر سجاد موسوی کارشناس مسوول نابینایان خراسان رضوی که به رسم همیشه در انجام این مطالعه نیز راهنما و مشاور اینجانب بوده اند تشکر می‌نمایم.

منابع

الف - فارسی:

۱. اتکینسون، ریتال؛ اتکینسون، ریچارد س؛ هیلگارد، ارنست (۱۳۸۳). زمینه روانشناسی (جلد دوم). علی اکبر سیف، تهران: رشد.
۲. ایس، آلبرت (۱۳۸۱). هیچ چیز نمی تواند ناراحت کند، آره هیچ چیز. مهرداد فیروزبخت و وحیده عرفانی، تهران: خدمات فرهنگی رسا.
۳. ایس، آلبرت؛ بکر، اونینگ (۱۳۸۲). زندگی شادمانه. مهرداد فیروزبخت و وحیده عرفانی، تهران: خدمات فرهنگی رسا.
۴. بابا صفری، عباس (۱۳۷۸). رابطه باورهای غیر منطقی و عزت نفس در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه خمینی شهر، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره.
۵. پاشا شریفی، حسن و همکاران (۱۳۸۷). پرسشنامه‌های پژوهشی در زمینه روانشناسی - مشاوره - علوم تربیتی و جامعه شناسی. تهران: سخن.
۶. خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۹۰). مشاوره و روان درمانی در توانبخشی معلولین (نظریه‌ها و کاربردها). تهران: نشر واژه.
۷. داورمنش، عباس؛ براتی، فریده (۱۳۸۵). مقدمه‌ای بر اصول توانبخشی معلولان. تهران: رشد.
۸. شفیع آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۸۹). نظریه‌های مشاوره و روان درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
۹. صاحبی، علی؛ اصغری، محمد جواد؛ سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۴، ص ۲۹۹

ب - انگلیسی:

10. Altrows, F. Irwin. (2002). Rational emotive and cognitive therapy with adult male offenders, Journal of rational – Emotive & Cognitive – Behavior therapy, 20, (34) , 201-222.
11. Balter, Rochelle and unger, Philip (1997), REBT stress management patients with chronic fatigue syndrome. , Journal of rational – emotive & cognitive – behavior therapy, volume 15, number 3, pages 223 – 230.
12. Banks, tabelle and zionts, paul (2009), REBT used with children and adolescents who have emotional and behavioral disorders in

- educational setting, journal of rational emotive & cognitive – behavior therapy, Volume 27, number 1, Pages 51-56.
13. Engels, G.L. , Gornefski, N. , Drekstra, R.F.W. (1993). Efficacy of rational-emotive therapy: A guidelines from the international society for traumatic stress studies. New York: Guilford.
 14. Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F.(1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed.). Sydney: Psychology Foundation.
 15. Lovibond,S.H. & Lovibond,P.F.(1995).The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)with the Beek Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy,33,335-343.
 16. Mcduff, Annace and Dryden, Windy (1998), REBT and emotional. A role-play experiment using a shame/ disappointment scenario to investigate the effects of rational, Irrational and indifference beliefs on inferences and action tendencies. Journal of rational – emotive & cognitive – behavior therapy, volume 16, number 4, pages 235-254.
 17. Tejesen, Mark D and Digiuseppe, Raymond and Gruner, patricia (2000), A review of REBT research in alcohol abuse treatment, Journal of rational – emotive & cognitive – behavior therapy, volume 18, number 3, pages 165- 179.
 18. Warren, M. Jeffre, (2011). School counselor consultation: Teachers' Experiences with rational emotive behavior therapy, Journal of rational emotive & Cognitive behavior therapy, online first, 26 August 2011.