

مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان کوتاه مدت راه حل محور و درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری بر معنای کار در کارکنان شرکت نفت*

غلامرضا خلیلی^۱، کیانوش زهراکار^۲، عبدالرحیم کسایی اصفهانی^۳

Comparison of the effectiveness of training based on solution-focused brief therapy and rational emotive behavioral therapy on meaning of work among employees of oil company

Gholamreza Khalili¹, Kianoush Zaharakar², Abdurrahim Kasaei Esfahani³

چکیده

زمینه: مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که درمان کوتاه مدت راه حل محور و درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در بهبود شاخص‌های شغلی مؤثر بوده‌اند، اما آیا آموزش مبتنی بر درمان کوتاه مدت راه حل محور و درمان عقلانی - هیجانی رفتاری بر معنای کار مؤثر است و کدام یک تأثیر بیشتری دارد؟ **هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان کوتاه مدت راه حل محور و درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری بر معنای کار در کارکنان شرکت نفت انجام شد. **روش:** این پژوهش به روش نیمه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل استفاده گردید. جامعه این پژوهش را کارکنان ستادی شرکت خطوط لوله و مخابرات نفت منطقه شمال شهر ساری در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که تعداد آنها ۲۳۰ نفر بود. نمونه ۴۵ نفر از کارکنان بودند که به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه کار و معنا استیگر، دیک و دافی (۲۰۱۲) بود. گروه آزمایشی اول، آموزش مبتنی بر درمان کوتاه مدت راه حل محور (عباس پور، ۱۳۹۳) و گروه آزمایش دوم، آموزش مبتنی بر درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری (جهانیان نجف آبادی، ۱۳۸۹) را در ۸ جلسه ۲ ساعته دریافت کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که هر دو مداخله آموزشی در بهبود معنای کار و مؤلفه‌های آن (معنای مثبت، معناسازی از طریق کار و انگیزش‌های برتر) در گروه‌های آزمایش در پایان درمان و بعد از پیگیری یک ماهه مؤثر واقع شدند. همچنین بین اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان کوتاه مدت راه حل محور و درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری تفاوت معناداری وجود داشت و آموزش مبتنی بر درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در بهبود معنای کار و مؤلفه‌های آن مؤثرتر بود ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** آموزش مبتنی بر درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری گزینه مداخله‌ای مناسب و مؤثری جهت بهبود معنای کار در کارکنان می‌باشد. **واژه کلیدها:** آموزش، درمان کوتاه مدت راه حل محور، درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری، معنای کار

Background: Different studies have shown that solution-focused brief therapy and rational-emotional-behavioral therapy have been effective on improving work indices, but the question is that “are trainings based on solution-focused brief therapy and rational-emotive-behavioral therapy effective on meaning of work and, if so, which one is more effective?” **Aims:** The present research was conducted by the aim of comparing the effectiveness of training based on solution-focused brief therapy and rational-emotive-behavioral therapy on meaning of work among employees of oil Company. **Method:** The present research was conducted by semi-experimental method in which a pretest-posttest-follow up with control group design was used. The research population included all the headquarters’ staff of the oil pipeline and telecommunication company of the North region of Sari, Iran, in 2017 who were 230 individuals. The sample included 45 individuals who were selected by available sampling method and were assigned into two experiment groups and one control group through random assignment method. The research tool was Work as Meaning of Steger, Dik and Duffy (2012). The first experiment group received training based on solution-focused brief therapy (Abbas Pour, 2014), and the second experiment group received training based on rational-emotional-behavioral therapy (Jahanyan Najaf Abadi, 2010) in eight 2-hour sessions. For analyzing the data, variance analysis with repeated measures and Bonferroni post hoc test were used. **Results:** Results indicated that, in the end of the therapy and after one-month follow-up, both training interventions were effective on improving meaning of work and its components (positive meaning, meaning-making through work, and higher motivations) in experiment groups. Moreover, there was significant difference between the effective of training based on solution-focused brief therapy and training based on rational- emotive -behavioral therapy, and the latter was more effective on improving meaning of work and its components ($p < 0/01$). **Conclusions:** Training based on rational- emotive -behavioral therapy is an appropriate and effective interventional option for improving meaning of work among staff. **Key Words:** Training, solution-focused brief therapy, rational- emotive -behavioral therapy, meaning of work

Corresponding Author: rkhilili1967@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است

^۱ دکتری مشاوره، گروه مشاوره، پردیس بین الملل، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Ph.D. in Counseling, Department of Counseling, International Pardis, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۲ Associate Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

^۳ استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۳ Assitant Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

مقدمه

غالباً در مشاوره شغلی افراد تشویق می‌شوند که سعادت خود را دنبال، اهداف خود را پیگیری و شغلی را پیدا کنند که دوست دارند، زیرا ارتباط مثبتی بین شغل معنادار و بهزیستی روانی وجود دارد (کرادوک، ۲۰۰۴، آلبیون، ۲۰۰۰، لیدر و شاپیرو، ۲۰۰۱). افراد اغلب رضایت زیادی را از درگیر شدن در یک کار معنادار دریافت می‌کنند؛ می‌توان گفت که دوست داشتن شغل به تنهایی برای کسب رضایت کفایت نمی‌کند (ریان و دسی، ۲۰۰۱). افراد ممکن است شغلی را داشته باشند که دوست دارند، نسبت به آن اشتیاق داشته باشند، یا آن را شغل آرزوهای خود بدانند و اینکه شغلشان لذت و سلامت هیجانی، ذهنی و فیزیکی را برای آنها فراهم کند. با این حال داشتن معنا در کار می‌تواند بهزیستی شادی‌آور که فراتر از لذت است، را به آنها بدهد (والاس، ۲۰۰۷). کمبود معنا در محل کار به عنوان عامل یک پدیده جدید به نام "بحران یک چهارم زندگی" در نظر گرفته شده است (رایینز و ویلنر، ۲۰۰۱) که در آن افراد جوانی که ۲۵ تا ۳۵ سال دارند، نسبت به شغل خود سرخورده شده و در نتیجه برای رسیدن به مشاغل موفق‌تر و ارضاکننده‌تر شغلشان را ترک می‌کنند (کارت رایت و هولمز، ۲۰۰۶).

نظریه‌های انگیزشی به این نکته اشاره می‌کنند که افراد دارای یک نیاز ذاتی به زندگی کاری هستند که اعتقاد داشته باشند، معنادار است (ساولاین و گرانلو، ۲۰۰۲). مزلو (۱۹۴۳) ادعا می‌کند که افرادی که محل کار خود را به عنوان محلی معنادار ادراک نمی‌کنند، به احتمال کمتری به اندازه ظرفیت حرفه‌ای خود کار می‌کنند. در نتیجه افراد تنها زمانی انگیزه برای کار کردن پیدا می‌کنند که "معنای کار به نحوی رضایت بخش باشد یا تفسیر مثبتی از آن داشته باشند" (گویون و لندی، ۱۹۷۲؛ به نقل از وانگ، وان و گائو، ۲۰۱۷). بنابراین، کارمندان باید نیازهای خود را بشناسند و بفهمند که ویژگی‌های کاری تا چه حدی می‌توانند آنها را ارضا کند. در واقع "معنای کار" یک انگیزاننده درونی کارمندان نسبت به شغلشان است (چالوفسکی و کریشنا، ۲۰۰۹). برطبق دیدگاه چالوفسکی و کریشنا (۲۰۰۹) دلالت ضمنی معنای کار نسبت به ارزش‌ها به طور عمیق‌تری درونی است، که دارای سه سطح رضایت است: بیرونی، درونی، و حتی در سطح عمیق‌تر. بائومیستر (۱۹۹۱) به نقل از وانگ و همکاران،

(۲۰۱۷) ادعا می‌کند که جستجوی فرد برای معنا با چهار نیاز تحریک می‌شود: ۱. احساس هدفمندی، ۲. مجموعه ارزش‌ها برای فراهم ساختن احساس "خوب بودن" و مثبت اندیشی نسبت به زندگی و به عنوان ابزاری برای توجیه عمل، ۳. احساس کارآمدی؛ و ۴. احساس خودارزشمندی.

تعریف چالوفسکی (۲۰۰۳) سه موضوع معنای کار را شناسایی کرد: احساس خویشتن، خود کار و احساس تعادل. احساس خویشتن به تمایل به رسیدن به پتانسیل خود و همسویی بین هدف فرد در زندگی و هدف کار اشاره می‌کند (یعنی تأثیر مثبت گذاشتن بر افراد دیگر). خود کار نیز به تمایل قوی برای وقف کردن خود به کاری اشاره دارد که به فرد احساس خوبی می‌دهد و به صورت معنادار ادراک می‌شود. در نهایت، احساس تعادل یعنی تمایل فرد برای رسیدن به یک تعادل بین کار و لذت (از جمله سلامتی، خانواده و زندگی اجتماعی) و یک تعادل بین نیازهای روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی. بائومیستر و واهز (۲۰۰۲) می‌گویند که جوهره‌ی معنا "تماس و ارتباط" است و به پیامدهای مثبت برای فرد و همچنین سازمان منتهی می‌شود؛ پیامدهایی نظیر بهبود در عملکرد سازمانی (نک و میلیمان، ۱۹۹۴)، حفظ کارمندان کلیدی، مدیریت مؤثر تغییر، افزایش تعهد سازمانی و اشتیاق کارمندان (هولچ و اسپرینگت، ۲۰۰۴، میلیمان، کازاپلوسکی و فرگوسن، ۲۰۰۳). استیگر و دیک (۲۰۱۰) اشاره می‌کنند که افراد زمانی خودشکوفای می‌شوند که در یک فعالیت معنادار درگیر شوند و سازمان‌ها زمانی شکوفای می‌شوند که کارکنان به یک صورت مشابه درگیر کار شوند. برای مثال افرادی که در محیط کار دچار کمبود معنا هستند، رضایت شغلی کمتری را تجربه می‌کنند و مستعد کاهش انگیزه، بهره‌وری، سلامت و افزایش فرسودگی هستند (دیرندوک، گارسن و ویسر، ۲۰۰۵). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که می‌توان معنای کار را در محیط کار ایجاد و افزایش داد (روسو، دیکاس و ورزنویسکی، ۲۰۱۰؛ ون دن هیول، دیمیروتی، شرورس، باکر و شوفل، ۲۰۰۹، کیم، کانگ و چوی، ۲۰۱۴).

یکی از رویکردهایی که می‌تواند در زمینه بهبود معنای کار در کارکنان مورد استفاده قرار گیرد، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور^۳ است. درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور در اوایل سال ۱۹۸۰ در مرکز

3. Solution-Focused Brief Therapy (SFBT)

1. Quarter Life Crisis

2. Meaning of Work

مشکل با شدت کمتری وجود داشته یا اصلاً وجود نداشته یا زمان هایی که مشکل وجود داشته ولی مراجع با شیوه قابل قبولی با آن برخورد می کرده است (برزوسکی، ۲۰۱۲).

فرآیند درمان کوتاه مدت راه حل محور معمولاً شامل پنج مرحله می شود: ۱. ساخت یک مسأله و هدف، ۲. شناسایی و تقویت استثنائات، ۳. مداخلات یا تکالیفی که برای شناسایی و تقویت استثنائات طراحی می شوند، ۴. ارزیابی اثربخشی مداخلات، و ۵. ارزیابی مجدد مسأله و هدف (گاترمن و رودس، ۲۰۰۵).

رویکرد دیگری که می توان از آن در جهت بهبود معنای کار بهره جست، درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری^۳ است. درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری یک نوع روان درمانی شناختی - رفتاری^۴ است که توسط آلبرت آلیس ابداع شده است (راسنر، ۲۰۱۱). درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری که الهام گرفته از فیلسوفان رواقی است، اعتقاد دارد که این رخدادها نیستند که به طور مستقیم باعث ایجاد هیجانان و رفتارها می شوند، بلکه، این باور فرد در مورد رخدادهاست که به واکنش پذیری هیجانی و رفتاری منجر می شود (تورنر، ۲۰۱۶). آلیس، بنیانگذار درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری معتقد است مشکلات، ناشی از افکار نادرست می باشند و عناصر تشکیل دهنده این افکار، باورهای غیرعقلانی هستند که غیرمنطقی محسوب می شوند، یعنی واقعیت های زندگی فرد آنها را تأیید نمی کند، همچنین غیر کارکردی هستند، یعنی آسیب هیجانی و رفتاری به فرد وارد می کنند (گوتزالس، نلسون، گوتکین و ساندرز، ۲۰۰۴). درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری با این فرض اساسی مطرح شده است که شناخت، هیجان و رفتار به هم ربط دارند و نحوه تفسیر افراد از موقعیت های زندگی در بروز مشکلات شناختی و هیجانی آنها نقش دارد (آندو، ناتسام، کوههارا، شیباتا و ایتو، ۲۰۱۱). آلیس در درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری تأکید به چگونگی برون رفت از فرآیندهای شناختی، هیجانی و رفتاری غیرمنطقی با استفاده از کاربرد فنون منطقی شدن، اصلاح باورهای نامعقول هیجانی و جایگزینی افکار معقول دارد (آلیس، ۲۰۰۸، درایدن، ۲۰۰۷). ساوا، یاتس، لویپر، زنتاگوتای و دیوید (۲۰۰۹) بیان می کنند که مزیت درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری نسبت به درمان های دارویی این است که برای افراد جامعه هزینه های کمتری دارد و تفکرات و احساس های مثبت بیشتری را در

خانواده درمانی کوتاه مدت^۱ در میلوواکی^۲ شکل گرفت. درمان کوتاه مدت راه حل محور توسط دو مددکار اجتماعی به نام های استیو دیشیزرو اینسو کیم برگ و همکارانشان که می خواستند، اثر و تکنیک های درمانی کوتاه مدت را برای کمک به تغییر مراجعان بررسی کنند، شکل گرفت (استرادا و بیباچ، ۲۰۰۷). به رغم آنکه تاریخچه درمان کوتاه مدت راه حل محور نسبتاً کوتاه است، اما در سال های اخیر، این رویکرد در میان روانشناسان، مشاوران و متخصصان سلامت روان در سراسر دنیا مشهور و متداول است (کیم، ۲۰۰۸).

در درمان کوتاه مدت راه حل محور تشخیص وجود ندارد، ارتقاء بینش مد نظر نیست و گذشته تحلیل نمی شود. به جای آن، مراجعان را تشویق می کنند که توجه کنند و اعمال متفاوتی انجام دهند. درمانگران راه حل محور به مراجعان کمک می کنند که در خصوص آنچه می تواند متفاوت باشد، بیندیشند. به محض اینکه یک راه حل شناسایی می شود، مراجع و درمانگر قدم به قدم به طرف آن حرکت می کنند (گینگریچ و پترسون، ۲۰۱۳). در درمان کوتاه مدت راه حل محور اهداف می توانند پیشرفت های کوچک یا تغییرات بزرگی باشند که می توانند پله های مسیر راه حل محور را تشکیل دهند. سفر بین مراجع و درمانگر شامل بحث در مورد نقاط قوت و منابع مراجع و استثنای موجود برای مشکلات می شود (نلسون و توماس، ۲۰۰۷). در درمان کوتاه مدت راه حل محور تمرکز بر روی سلامتی مراجع است نه مشکل، بر توانمندی ها تمرکز می کند نه ضعف ها، و بر مهارت ها، منابع و توانایی های مقابله که در رسیدن به اهداف آینده کمک کننده هستند، تمرکز می کند (درمر، همسات و راسل، ۱۹۹۸). فرضیه های پایه درمان کوتاه مدت راه حل محور، اقدامات و اجرای این مدل را هدایت می کنند. این فرضیات عبارتند از: ۱. تغییر، دائمی و اجتناب ناپذیر است، ۲. تغییرات کوچک به تغییرات بزرگتر منجر می شود، ۳. مراجعین خودشان متخصص هستند، ۴. هر انسان شرایطی منحصر به فرد دارد، ۵. کاری که افراد انجام می دهند، بر دیگران تأثیر می گذارد، ۶. هر مشکلی حداقل یک استثنا دارد و ۷. تغییر از جهات مختلفی اتفاق می افتد (ترپر، دولان، مک کالوم و نلسون، ۲۰۰۶). مهمترین ویژگی درمان کوتاه مدت راه حل محور کمک به مراجعان برای یافتن استثنائات است. استثنائات زمان هایی از گذشته هستند که

3. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)

4. Cognitive Behavioral Therapy

1. Brief Family Therapy Center

2. Milwaukee

رفتاری بر پیامدهای عملکردی در ورزشکاران نخبه پارالمپیک مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان دهنده کاهش در باورهای غیرمنطقی همراه با کاهش در فشار خون سیستولی بود که نشان دهنده یک پاسخ فیزیولوژیک سازگارانه است. همچنین عملکرد ورزشکاران در طول تحریک‌های رقابتی بهبود یافت و اهداف اجتنابی نیز کاهش یافت. بعلاوه، داده‌های اعتباریابی اجتماعی نیز نشان دهنده افزایش در خودآگاهی، کنترل هیجانی، و بهبود تمرکز در حین رقابت در نتیجه مداخله درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بود. مالاوارمن، موناواروه و نوگرهانی (۲۰۱۶) در پژوهش خود اثربخشی رویکرد مشاوره کوتاه‌مدت راه‌حل محور در رشد سازگاری شغلی دانشجویان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مشاوره کوتاه‌مدت راه‌حل محور در بهبود سازگاری شغلی دانشجویان مؤثر است. در مطالعه دیگری کیم، کیم و کیم (۲۰۱۵) تأثیر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی دانشجویان پرستاری سال آخر را مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند پس از مداخله عقلانی-هیجانی-رفتاری، میانگین اختلاف نمرات در خودکارآمدی در بین گروه آزمایش و در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بالاتر بود. ایوانز و ایوانز (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان "تأثیر مشاوره راه حل محور بر سلامت روان دانشجویان پرستاری، نشان دادند که این روش درمانی مفید بوده و باعث افزایش آگاهی و مهارت دانشجویان می‌شود. در پژوهش علمی منش (۱۳۹۶) اثربخشی آموزش به شیوه عقلانی-هیجانی-رفتاری بر سلامت کارشناسان شاغل در شرکت ایران خودرو دیزل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد، با استفاده از روش آلپس، سلامت و خرده مقیاس‌های کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی افراد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بهبود یافته بود. در پژوهش محمدی (۱۳۹۱) اثربخشی مشاوره شغلی به سبک رویکرد راه‌حل محور بر تغییر هویت مغشوش کارجویان زن مراجعه‌کننده به مراکز کاریابی مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش رویکرد راه‌حل محور در تغییر هویت مغشوش کارجویان مؤثر بوده است. با توجه به اهمیت معنای کار در رشد و بلوغ شغلی افراد، انجام مداخلات آموزشی با هدف بهبود معنای کار ضروری و مهم به نظر می‌رسد. از این رو در مطالعه حاضر محقق در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان کوتاه‌مدت راه حل محور و درمان

مراجعه ایجاد می‌کند. مشاوران در درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری برای دستیابی به اهداف درمان باید این مراحل را به ترتیب طی کنند: مرحله اول: در این مرحله به مراجعان نشان داده می‌شود که آنان الزام‌های غیرعقلانی زیادی دارند. مراجعان می‌آموزند که عقاید عقلانی خود را از عقاید غیرعقلانی جدا نمایند. درمانگر با تشویق و ترغیب آگاهی مراجع، ایده‌های خودشکن او را به چالش می‌گیرد. مرحله دوم: به مراجعان اثبات می‌گردد که آنها از طریق تداوم فکرکردن غیرمنطقی و تکرار فلسفه‌ها و معانی خودشکن، آشفستگی هیجانی خود را فعال می‌سازند و به همین دلیل مسئول مشکلات خود هستند. مرحله سوم: در این مرحله کمک به مراجعان جهت اصلاح و رهایی از ایده‌های غیرعقلانی خود، هدف می‌باشد. در رویکرد درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری اعتقاد بر این است که به دلیل عمق نفوذ عقاید غیرمنطقی در وجود مراجع، خود قادر به تغییر نبوده و لذا درمانگر به مراجعان کمک می‌کند تا چرخه معیوب فرآیند خودسرزنشگری را بفهمند. مرحله چهارم: در این مرحله، به چالش کشیدن مراجعان برای ایجاد فلسفه عقلانی زندگی انجام شده تا در آینده بتوانند قربانی عقاید غیرعقلانی خود نگردند. صرفاً پرداختن به نشانه‌ها یا مشکلات خاص، تضمین‌کننده عدم وقوع ترس‌های غیرمنطقی جدید نیست، لذا درمانگر باید هسته اصلی تفکر غیرعقلانی را هدف قرار داده و به مراجعه‌کننده آموزش دهد که چگونه نگرش‌ها و عقاید غیرعقلانی را به عقاید و نگرش‌های عقلانی تبدیل نمایند (کوری، ۲۰۱۲؛ ترجمه زهراکار، محسن‌زاده، حیدرنیا، بوستانی پور و سامی، ۱۳۹۸).

در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور و درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری در محیط‌های شغلی و سازمانی بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. اوگبایا و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی تأثیر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر تفکرات شغلی منفی در بین دانشجویان دانشکده‌های فنی نیجریه را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که تفکرات شغلی منفی در بین شرکت‌کنندگان گروه درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری در انتهای مداخله و در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری یافته بود. آزمون‌های پیگیری پس از ۳ و ۶ ماه انجام شد و نشان داد که این کاهش معنادار در تفکرات شغلی منفی در شرکت‌کنندگان گروه درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری حفظ شده بود. در پژوهش وود، بارکر، تورنر و شفیلد (۲۰۱۸) تأثیر درمان عقلانی-هیجانی-

عقلانی - هیجانی - رفتاری بر معنای کار در کارکنان شرکت نفت تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی بود و از طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل استفاده گردید. در این طرح مداخلات درمانی (درمان کوتاه مدت راه حل محور و درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری) به عنوان متغیرهای مستقل و (معنای کار) به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کارکنان ستادی شرکت خطوط لوله و مخابرات نفت منطقه شمال شهر ساری به تعداد ۲۳۰ نفر در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ بودند. به منظور اجرای این پژوهش، ابتدا از میان کارکنان متقاضی شرکت در جلسات درمانی و واجد شرایط شرکت در پژوهش، پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج مطالعه ۸۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه معنای کار بر روی آنها اجرا گردید. بر اساس نتایج به دست آمده و پس از نمره گذاری پرسشنامه، ۴۵ نفر از کارکنان که در پرسشنامه مذکور نمرات کمتری نسبت به سایرین کسب کرده بودند (نمرات پایین تر در این پرسشنامه نشانگر معنای کار کمتر است)، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و سپس در مرحله بعد این افراد با گمارش تصادفی در سه گروه، شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل فاصله سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل دو سال سابقه کار، میزان تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن اختلالات حاد روانی و شخصیتی بر مبنای نمرات افراد در پرسشنامه تجدید نظر شده فهرست علائم روانی^۱، تکمیل فرم رضایت نامه درمان و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی خارج از جلسات درمان بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز مصرف داروهای روان پزشکی و روان گردان، سابقه بستری در بیمارستان‌های روان پزشکی و مصرف هر نوع داروی آرامبخش، الکل و مواد مخدر در نظر گرفته شدند.

پس از جایگزینی شرکت کنندگان در گروه‌ها، برای گروه آزمایشی اول، درمان کوتاه مدت راه حل محور در ۸ جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی و برای گروه آزمایشی دوم، درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در ۸ جلسه ۲ ساعته به شیوه گروهی و با توالی

هر هفته یک جلسه برگزار گردید. در طی ارائه مداخلات درمانی به گروه‌های آزمایشی، آزمودنی‌های گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: ۱. پژوهشگر خود را به واحدهای پژوهش معرفی و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه نمود، ۲. به واحدهای پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، ۳. عقاید، فرهنگ، مذهب و... واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد ۴. برآزاد بودن واحدهای مورد پژوهش جهت حضور در ادامه پژوهش تأکید گردید، ۵. حریم شخصی آزمودنی‌ها حفظ شد و به آنها در مورد بی خطر بودن مداخله اطمینان داده شد، ۶. در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها و استفاده از منابع دقت و امانت داری علمی به عمل آمد.

پکیج جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور بر اساس پکیج درمانی ارائه شده در رساله دکتری عباس پور (۱۳۹۳) طراحی و تنظیم گردید. پروتکل جلسات درمان عقلانی - هیجانی رفتاری بر اساس کتاب گام‌های درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری آلیس تألیف درایدن و نینان و ترجمه جهانیان نجف آبادی (۱۳۸۹) تدوین و تنظیم گردید. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (پس آزمون). یک ماه پس از آخرین جلسه درمانی و اخذ پس آزمون از هر سه گروه، جهت سنجش اثرات درمانی مداخلات، شرکت کنندگان در یک مرحله پیگیری نیز حضور پیدا کردند و مجدداً توسط ابزار مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین برای شرکت کنندگان گروه کنترل جهت رعایت مسائل اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و تشکر و قدردانی از آنها جهت همکاری‌شان در فرآیند اجرای پژوهش، پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی برگزار شد. شرح مختصری از محتوای جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور (عباس پور، ۱۳۹۳) در جدول ۱ و خلاصه‌ای از طرح درمانی در درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری (جهانیان، ۱۳۸۹) در جدول ۲ ارائه شده است.

^۱. SCL-90-R

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور (عباس پور، ۱۳۹۳)	
تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون، معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش آزمون. تکلیف: مشخص کردن موارد مثبتی که شرکت کنندگان تمایل دارند در زندگی آنها تداوم یابد.
جلسه دوم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره موارد مثبتی که در زندگی شرکت کنندگان وجود دارد، ترغیب آزمودنی ها در بیان آنچه که می خواهند به جای تمرکز بر مشکل، تعیین اهداف ملموس، عینی، مثبت و عملی. تکلیف: شناسایی اهداف مشخص عینی و ملموس به جای تمرکز بر مشکلات و شرایط نامساعد کاری.
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف شرکت کنندگان، تدوین راه حل ها با بررسی تغییراتی که در صورت حل مشکلات در زندگی شرکت کنندگان اتفاق می افتد. تکلیف: مشخص کردن کارهایی که پس از رفع مشکل شرکت کنندگان تمایل دارند که انجام دهند.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل و مرور اهداف شرکت کنندگان، استفاده از مقیاس درجه بندی برای ارزیابی میزان تعهد و امیدواری افراد برای حل مشکل. تکلیف: مشخص کردن اینکه شرکت کنندگان چگونه متوجه می شوند که در مقیاس های مطرح شده در جلسه پیشرفت کرده اند، در صورت پیشرفت چه چیزی تغییر می کند و چگونه می توانند این تغییرات را ایجاد کنند.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد چگونگی ایجاد تغییرات، کمک به شرکت کنندگان در جهت یافتن استثناها؛ یعنی مواردی که توانسته اند بر مشکلات کاری غلبه کنند یا از کارکرد بهتری برخوردار باشند، ایجاد امید در جهت تغییر و مقابله با مشکل. تکلیف: شناسایی مواقعی که مشکلات شغلی وجود ندارد و یا از شدت کمتری برخوردار است.
جلسه ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره استثناها و برجسته سازی راه حل های مناسب، پرسیدن سؤال معجزه و ترغیب شرکت کنندگان به بیان توانمندی ها و تقویت آنها. تکلیف: تفکر در مورد سؤال معجزه و شناسایی راه حل های مؤثر.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پاسخ شرکت کنندگان به سؤال معجزه، تأکید بر عملی کردن راه حل ها با استفاده از واژه "به جای" و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار مناسب به جای افکار، احساسات و رفتار مشکل ساز. تکلیف: یافتن افکار، احساسات و رفتارهایی متفاوت از آنچه که تا به حال وجود داشته است و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی، کاری و اجتماعی.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره افکار، احساسات و رفتارهای جایگزین و تأثیر آنها در زندگی شرکت کنندگان، بررسی تغییرات سازنده ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته سازی قابلیت ها و توانمندی های شرکت کنندگان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده. جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخ گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.

جدول ۲. مختصری از محتوای جلسات درمان عقلانی - هیجانی رفتاری (جهانیان، ۱۳۸۹)	
تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون - ارتباط اولیه، بیان اصول و قوانین جلسات، آشناسازی اجمالی با چهارچوب نظریه عقلانی - هیجانی - رفتاری، اصول و اهداف آن.
جلسه دوم	ارائه مطالب در رابطه با ناراحتی شخصی، تغییر و معنا شناسی عمومی، ارائه نظریه ABC، باورهای معقول (خودیار) و تکلیف منزل
جلسه سوم	ارائه توضیحاتی در مورد تحریف شناختی، خطاهای شناختی، انواع تحریف های شناختی (تحریف های شناختی ۱۳ گانه) و تکالیف منزل.
جلسه چهارم	بحث و گفتگو در مورد تکلیف منزل، آشنایی با فنون زیر سؤال بردن کارکردی، تجربی، منطقی و فلسفی در زمینه باورهای هیجانی، آشنایی با شیوه های مقابله ای، الگوپردازی، ارجاع دادن با استفاده از زیر سؤال بردن قاطعانه، مرجع ساختن شخصیت داستانی و تحویل سود و زیان و تکلیف منزل
جلسه پنجم	بررسی تکالیف و پاسخ به سؤالات، آشنایی با فنون هیجانی / تجربی، آموزش تجسم عقلانی، نحوه های مقابله ای هیجانی، نقش بازی کردن، نقش بازی کردن وارونه، شوخی و تکلیف منزل
جلسه ششم	بررسی تکالیف و پاسخ به سؤالات، آشنایی با خود تعلیم پذیری نامشروط، دگرپذیری نامشروط، الگوی پذیرش نامشروط، ترغیب، تمرین های رویارویی، توقف و بازبینی، چهارچوب مجدد، آشنایی با تقویت مجازات های رفتاری، تقویت های رفتاری، مجازات های رفتاری، تمرین شرم ستیزی و تمرین منزل
جلسه هفتم	بررسی تکالیف و پاسخ به سؤالات، آشنایی با مهارت های فنون تناقضی و حساسیت زدایی زنده، مهارت های بین فردی، مانند در وضعیت های دشوار و تکلیف منزل
جلسه هشتم	بررسی تکالیف و پاسخ به سؤالات، آشنایی با پیشگیری از بازگشت، عمل به باورهای معقول، عادت کردن به مداخلات جدید، مقاومت در برابر باورهای نامعقول، مرور و جمع بندی، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.

ابزار

تدوین شده است و ۱۰ گویه دارد. این پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس معنای مثبت^۲، معناسازی از طریق کار^۳، و انگیزش های برتر^۴ می باشد. گزینه ها بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می

در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه کار و معنا^۱ استفاده گردید. این پرسشنامه توسط استیگر، دیک و دافی (۲۰۱۲)

3. Meaning Making through Work

4. Greater Good Motivations

1. The Work and Meaning Inventory (WAMI)

2. Positive Meaning

محتوایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی اعتبار پرسشنامه نیز از دو روش اعتبار باز آزمایی و اعتبار همزمان استفاده گردید. در اعتبار باز آزمایی به این صورت عمل شد که یک نمونه ۵۰ نفری انتخاب گردید و پرسشنامه به آنها ارائه گردید تا به آن پاسخ دهند و پس از دو هفته مجدداً همین پرسشنامه به آنها ارائه شد تا مجدداً به آن پاسخ دهند. نتایج همبستگی پیرسون بین دو مرحله سنجش نشان داد که همه مقادیر همبستگی بین نمرات مؤلفه‌ها و مقیاس کلی، معنادار و قابل قبول می‌باشد و بنابراین اعتبار باز آزمایی پرسشنامه تأیید گردید. برای بررسی اعتبار همزمان از روش همسانی درونی گویه‌ها (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده گردید که نتایج به دست آمده نشان داد که مقادیر آلفای کرونباخ همگی قابل قبول می‌باشند و بنابراین اعتبار همزمان پرسشنامه نیز تأیید گردید. مقادیر آلفای کرونباخ به دست آمده برای خرده مقیاس‌های معنای مثبت، معناسازی از طریق کار، انگیزش‌های برتر و کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۷۳، ۰/۷۳، ۰/۵۵، ۰/۸۲ بدست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS24 استفاده گردید.

یافته‌ها

در بررسی اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها، نتایج نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن برای گروه درمان کوتاه مدت راه حل محور $37/67 \pm 7/28$ سال، برای گروه درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری $35/60 \pm 7/60$ سال، و برای گروه گواه $36/07 \pm 6/36$ سال بوده است. در بررسی تحصیلات شرکت کنندگان نیز نتایج حاکی از آن بود که در گروه درمان کوتاه مدت راه حل محور ۵ نفر مدرک تحصیلی دیپلم، ۷ نفر مدرک تحصیلی کارشناسی و ۳ نفر مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد داشتند. در گروه درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری ۵ نفر مدرک تحصیلی دیپلم، ۸ نفر مدرک تحصیلی کارشناسی و ۲ نفر مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و نهایتاً در گروه گواه ۴ نفر مدرک تحصیلی دیپلم، ۹ نفر مدرک تحصیلی کارشناسی و ۲ نفر مدرک تحصیلی کارشناسی داشتند.

در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد متغیر معنای کار و

شوند (۱ = کاملاً نادرست، ۵ = کاملاً درست). گویه‌های زیر مقیاس معنای مثبت شامل شماره‌های ۱، ۴، ۵، ۸، گویه‌های زیر مقیاس معناسازی از طریق کار شامل شماره‌های ۲، ۷، ۹، و نمره زیر مقیاس انگیزش‌های برتر بدین صورت به دست می‌آید که گویه ۳ که به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود، از عدد ۶ کسر می‌شود و سپس حاصل آن با گویه‌های ۶ و ۱۰ جمع می‌شود تا نمره خرده مقیاس انگیزش‌های برتر به دست آید. از جمع کل نمرات خرده مقیاس‌ها هم نمره کل مقیاس کار معنادار^۱ به دست می‌آید (استیگر و همکاران، ۲۰۱۲). ولف (۲۰۱۳) پایایی این مقیاس را از طریق باز آزمایی برای خرده مقیاس‌های معنای مثبت ۰/۸۹، معناسازی از طریق کار ۰/۸۲، انگیزش‌های برتر ۰/۸۳، و کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش کرد. استیگر و همکاران (۲۰۱۲) روایی آن را از طریق همبستگی با متغیرهای رضایت شغلی، تعهد شغلی، آرمان‌گرایی، معنا در زندگی، و رضایت از زندگی تأیید کردند. با توجه به اینکه این پرسشنامه در ایران اعتباریابی نشده است، در جریان پژوهش مورد اعتباریابی قرار گرفت. به عنوان اولین قدم، جهت بررسی روایی زبان‌شناختی^۲ پرسشنامه کار و معنا با روش ترجمه مستقیم^۳ به مفهوم ترجمه انگلیسی به فارسی توسط دو نفر از اساتید مسلط به زبان انگلیسی که یک نفر در حوزه مشاوره فعالیت می‌کرد و نفر دیگر در حوزه روانشناسی فعالیت می‌نمود، به صورت جداگانه ترجمه گردید. سپس ضمن مقایسه متن دو نسخه ترجمه، یک نسخه فارسی تهیه گردید. در این گام، هدف کسب اطمینان از این موضوع بود که سؤال‌های پرسشنامه هیچ نوع ابهامی ندارند و وقتی متخصصان یا افراد مختلف آن را می‌خوانند، می‌توانند از سؤالات آن به درک مشترکی دست یابند. در مرحله بعد ترجمه معکوس^۴ به معنی ترجمه فارسی به انگلیسی توسط یک نفر از اساتید مسلط به زبان انگلیسی که از محتوای پرسشنامه اولیه اطلاعی نداشت، انجام شد. در گام بعد با مقایسه دو نسخه تهیه شده فارسی و انگلیسی اصلاحات مورد نیاز در ترجمه فارسی اعمال گردید. در گام آخر پرسشنامه توسط یک متخصص روش تحقیق و سنجش از لحاظ تعداد سؤالات و طیف لیکرت و همچنین صحت سؤالات از لحاظ سنجشی مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله بعد برای بررسی روایی صوری و محتوایی، پرسشنامه برای پنج نفر از اساتید حوزه روانشناسی و مشاوره ارسال شد و از نظر آنان روایی صوری و

3. Forward Translation

4. Backward Translation

1. Meaningful Work

2. Linguistic Validation

مؤلفه‌های آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر معنای کار و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه						
متغیر	گروه درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور		گروه درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری		گروه گواه	انحراف معیار
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
پیش‌آزمون	۶/۲۰	۳/۹۳	۶/۲۷	۳/۷۸	۶/۴۷	۵/۰۶
پس‌آزمون	۱۲/۹۳	۴/۵۱	۱۸/۴۷	۲/۲۹	۶/۲۷	۵/۵۸
پیگیری	۱۳/۲۷	۴/۱۸	۱۸/۹۳	۱/۴۸	۶/۳۳	۵/۵۵
پیش‌آزمون	۶/۲۷	۱/۵۸	۶	۱/۷۷	۵/۲۷	۱/۷۵
پس‌آزمون	۹	۱/۶۴	۱۰/۳۳	۱/۷۱	۵/۶۰	۱/۴۵
پیگیری	۸/۸۰	۱/۷۴	۱۱/۱۳	۲/۰۳	۵/۵۳	۱/۴۵
پیش‌آزمون	۲	۰/۹۲	۲	۰/۸۴	۱/۹۳	۰/۷۹
پس‌آزمون	۴/۲۷	۰/۷۹	۵/۳۳	۱/۳۹	۲/۰۷	۱/۰۳
پیگیری	۴/۴۰	۰/۹۸	۵/۲۷	۰/۷۹	۲/۱۳	۰/۸۳
پیش‌آزمون	۱۴/۴۷	۴/۷۶	۱۴/۲۷	۳/۸۰	۱۳/۶۷	۵/۵۸
پس‌آزمون	۲۶/۲۰	۵/۴۴	۳۴/۱۳	۳/۰۲	۱۳/۹۳	۵/۲۵
پیگیری	۲۶/۴۷	۴/۶۲	۳۵/۳۳	۲/۹۴	۱۴	۵/۱۹

نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین برای متغیر معنای کار و مؤلفه‌های آن در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروه‌های آزمایشی و گواه در متغیر پژوهش تأیید شد. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. قبل از اجرای این آزمون، نتیجه پیش‌فرض کرویت ماچلی جهت بررسی همگنی ماتریس کوواریانس نمرات متغیر معنای کار و مؤلفه‌های آن در جدول ۴ ارائه شده است. شایان ذکر است زمانی این پیش‌فرض رعایت می‌گردد که سطح معناداری برای ضریب W ماچلی بیشتر از $۰/۰۵$ باشد.

بر اساس نتایج جدول ۴، با توجه به سطح معناداری ضریب W ماچلی برای متغیر معنای کار و مؤلفه‌های آن مشاهده می‌گردد که پیش‌فرض کرویت تنها برای مؤلفه معنای مثبت رعایت نگردیده است. بر همین اساس در تفسیر نتایج برای این مؤلفه از ضریب هوین - فیلد استفاده شده است.

با توجه به اطلاعات جدول ۳، میانگین نمرات معنای کار برای گروه درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور در مرحله پیش‌آزمون $۱۴/۴۷$ ، در مرحله پس‌آزمون $۲۶/۲۰$ و در مرحله پیگیری $۲۶/۴۷$ به دست آمده است. میانگین این نمره برای گروه درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در پیش‌آزمون $۱۴/۲۷$ ، در پس‌آزمون $۳۴/۱۳$ و در پیگیری $۳۵/۳۳$ به دست آمده است. مقادیر میانگین مؤلفه‌های معنای کار برای گروه‌ها نیز در جدول ارائه شده است. همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در متغیر پژوهش و مؤلفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری متغیر معنای کار به لحاظ آماری معنادار می‌باشد یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا به بررسی این پیش‌فرض‌ها پرداخته شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیر معنای کار و مؤلفه‌های آن در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی و گواه معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیر نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

جدول ۴. نتایج آزمون کروییت ماچلی							
اثرات درون آزمودنی	ضریب W ماچلی	ضریب خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسلون		حد پایین
					گرین هاوس - گیسر	هوین - فیلد	
معنای مثبت	۰/۱۶۹	۷۲/۸۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶	۰/۵۷۶	۰/۵۰
معناسازی از طریق کار	۰/۹۳۵	۲/۷۷	۲	۰/۲۵	۰/۹۳۹	۱	۰/۵۰
انگیزش های برتر	۰/۸۶۴	۵/۹۹	۲	۰/۰۵۱	۰/۸۸۰	۰/۹۶۰	۰/۵۰
معنای کار	۰/۹۶۰	۱/۶۷	۲	۰/۴۳۲	۰/۹۶۱	۱	۰/۵۰

جدول ۵. نتایج آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی								
اثرات	منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	معنای مثبت	۱۲۲۶/۴۱	۱/۱۵	۱۰۶۳/۹۴	۲۰۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲
		معناسازی از طریق کار	۱۹۶/۶۳	۲	۹۸/۳۱	۴۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
		انگیزش های برتر	۱۱۲/۱۷	۲	۵۶/۰۸	۶۹/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲
		معنای کار	۳۵۵۵/۶۵	۲	۱۷۷۷/۸۳	۳۴۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹
خطا	معنای مثبت	۲۵۵/۹۱	۴۸/۴۱	۵/۲۸	-	-	-	
	معناسازی از طریق کار	۲۰۲/۵۷	۸۴	۲/۴۱	-	-	-	
	انگیزش های برتر	۶۷/۵۱	۸۴	۰/۸۰۴	-	-	-	
	معنای کار	۴۳۴/۷۱	۸۴	۵/۱۷	-	-	-	
بین آزمودنی	گروه	معنای مثبت	۱۵۱۶/۴۵	۲	۷۵۸/۱۲	۱۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲
		معناسازی از طریق کار	۳۲۱/۳۴	۲	۱۶۰/۶۷	۴۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷
		انگیزش های برتر	۱۱۰/۱۷	۲	۵۵/۰۸	۴۹/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰
		معنای کار	۴۵۰۴/۵۴	۲	۲۲۵۲/۲۷	۴۲/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶
خطا	معنای مثبت	۲۰۲۳/۹۵	۴۲	۴۸/۱۸	-	-	-	
	معناسازی از طریق کار	۱۵۸/۰۸	۴۲	۳/۷۶	-	-	-	
	انگیزش های برتر	۴۶/۸۸	۴۲	۱/۱۱	-	-	-	
	معنای کار	۲۲۵۱/۴۲	۴۲	۵۳/۶۰	-	-	-	

کار و انگیزش های برتر) بین گروه درمان کوتاه مدت راه حل محور و گروه درمان عقلانی - هیجانی رفتاری تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) که با توجه به اختلاف میانگین ها در این متغیر و مؤلفه هایش ملاحظه می گردد که اثربخشی درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری بیشتر از درمان کوتاه مدت راه حل محور بوده است.

در جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی نشان داده شده است. با توجه به اطلاعات مندرج در جدول، در اثر زمان متغیر معنای کار و تمامی مؤلفه هایش معنادار شده اند ($P < ۰/۰۱$)؛ بنابراین بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در این متغیر و مؤلفه هایش تفاوت وجود دارد. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می گردد، بین گروه های درمان کوتاه مدت راه حل محور، درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری و گواه در معنای کار و تمامی مؤلفه هایش تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۱$) که نتایج بررسی این تفاوت ها در جدول ۶ ارائه شده است.

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۶، ملاحظه می گردد که در متغیر معنای کار و مؤلفه های آن (معنای مثبت، معناسازی از طریق

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای وابسته

متغیر	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
معنای مثبت	درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	-۳/۷۵	۱/۴۶	۰/۰۴۲
	درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور	گواه	۴/۴۴	۱/۴۶	۰/۰۱۲
معناسازی از طریق کار	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	گواه	۸/۲۰	۱/۴۶	۰/۰۰۱
	درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	-۱/۱۳	۰/۴۰۹	۰/۰۲۵
انگیزش‌های برتر	درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور	گواه	۲/۵۵	۰/۴۰۹	۰/۰۰۱
	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	گواه	۳/۶۸	۰/۴۰۹	۰/۰۰۱
معنای کار	درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	-۰/۶۴۴	۰/۲۲۳	۰/۰۱۸
	درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور	گواه	۱/۵۱	۰/۲۲۳	۰/۰۰۱
	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	گواه	۲/۱۵	۰/۲۲۳	۰/۰۰۱
	درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	-۵/۵۳	۱/۵۴	۰/۰۰۳
	درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور	گواه	۸/۵۱	۱/۵۴	۰/۰۰۱
	درمان عقلانی هیجانی رفتاری	گواه	۱۴/۰۴	۱/۵۴	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور و درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری بر معنای کار در کارکنان شرکت نفت متفاوت است؟. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن بود که هر دو مداخله درمان کوتاه مدت راه‌حل محور و درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در بهبود معنای کار و مؤلفه‌های آن اثربخش بوده‌اند و در مقایسه اثربخشی دو روش درمانی، درمان عقلانی - هیجانی رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور در بهبود معنای کار و مؤلفه‌های آن داشت. مطالعه‌ای که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های این پژوهش باشد، مشاهده نشد، اما نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های تحقیقات اوگبانی و همکاران (۲۰۱۸)، وود و همکاران (۲۰۱۸)، گونگ و هسو (۲۰۱۷)، مالاوارمن و همکاران (۲۰۱۶)، کیم و همکاران (۲۰۱۵)، ایوانز و ایوانز (۲۰۱۳)، تورنر و بارکر (۲۰۱۳)، علمی منش (۱۳۹۶) و محمدی (۱۳۹۱) است که اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور و درمان عقلانی - هیجانی رفتاری را در محیط‌های شغلی و سازمانی تأیید نموده بودند.

در تبیین اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور می‌توان گفت در درمان راه‌حل محور کشف استثنائات در زندگی مراجع می‌تواند امیدواری و احساس توانمندی را به مراجع القا و یادآوری کند تا نزدیک شدن به آینده بهتری را ببیند (پیکوت، ۲۰۰۷). در درمان کوتاه راه‌حل محور تغییر شناختی ناگهانی در مراجع در جهت

تشخیص و شناسایی استثناها غالباً منجر به حرکت رو به بالایی می‌شود که به موجب آن بهبود قابل توجهی در احساس، افکار و رفتارهای فرد بوجود می‌آید (گاترمن، ۲۰۰۷). در این رویکرد این اعتقاد وجود دارد که صحبت کردن درباره علل مسائل، مدت آنها و اشاره به سختی تغییر دادن آنها، اغلب باعث ایجاد احساس درماندگی بیشتری در مراجع می‌شود. به عبارت دیگر، صحبت کردن درباره اینکه چگونه مراجع می‌خواهد، مسائل متفاوت شوند و او چه کاری می‌تواند انجام دهد تا این اتفاق بیفتد، به وی کمک می‌کند تا باور کند که تغییر ممکن است، حس خودکارآمدی را بالا می‌برد و به او کمک می‌کند تا بر روی آنچه برای ایجاد تغییر نیاز دارد، تمرکز کند (سپوکی و پاکرونیس، ۲۰۱۱). همین احساس توانمندی به افراد در سازمان کمک می‌کند تا با امتحان کردن راه‌حل‌ها و نگاه به آینده احساس کنند که کاری مفید را انجام می‌دهند و در سیستم به آنها نیاز وجود دارد و این دیدگاهی مثبت به فرد در باب معنای کارش می‌دهد که انگیزه‌بخش برای تغییرات مثبت بیشتر و معنابخش زندگی او از طریق کار می‌باشد. با شروع تغییرات در زندگی مراجع، درمانگر متخصص در درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور با بررسی تأثیرات این تغییرات از سؤالات تفاوت (تغییر) استفاده خواهد کرد. سؤال تفاوت یا تغییر بحثی را فراهم می‌کند که به مراجع و درمانگر کمک می‌کند تا تغییرات رخ داده در زندگی مراجع را ببینند. از طرفی درمان کوتاه-مدت راه‌حل محور به دنبال این است که مسیرهای منتهی شونده به مشکلات حل شده را برای مراجع شناسایی کند (رودن، ماسکانت و کارفس، ۲۰۱۴).

داشته باشند و کاری را که از پس آن بر می آیند، را انتخاب نموده و در آن رو به جلو در حرکت اند، معنادهی به کار را در آنان افزایش و انگیزه های مثبت بیشتری را برای ادامه کار در آنان بیدار می کند.

در تبیین اثربخشی درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری می توان گفت در آموزش مبتنی بر درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری که آلبرت آلیس ارائه نموده، فرض اساسی این است که نحوه تفسیر افراد از رویدادها و موقعیت های زندگی در بروز مشکلات روانی آنها نقش اساسی ایفا می کند (تورنر و بارکر، ۲۰۱۳). در این رویکرد اعتقاد بر این است که شناخت، هیجان و رفتار، به شکل معناداری با یکدیگر در تعامل هستند و بر یکدیگر تأثیر می گذارند. در درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری هدف اصلی قادر نمودن مراجعان از طریق کسب فلسفه واقع بینانه تر درباره زندگی، مبارزه با عقاید غیرعقلانی و جایگزین کردن عقاید عقلانی به جای آنها جهت کاهش آشفتگی های هیجانی و رفتارهای خودشکن می باشد؛ افراد به دلیل برداشت های غیرمنطقی از خود که منجر به احساس بی ارزشی می گردد، دست به انتخاب اهداف غیرمنطقی و نامعقول می زنند و در نتیجه با دست نیافتن به اهداف خود احساس نابسندگی و بی کفایتی می کنند (تیولو، ۲۰۱۴)؛ لذا درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در واقع خود مبحثی از تغییر معنا و تفسیر ذهنی است. درمان با آموزش چالش با افکار، رد فاجعه سازی ذهنی و فنون عاطفی همچون حمله به شرم و فنون رفتاری همچون وانمودسازی سعی در تغییر بنیادهای شناختی منفی فرد که عامل اساسی ایجاد احساسات منفی و کاهش رفتارهای مثبت است، دارد (اوگابنیا و همکاران، ۲۰۱۸). تغییر شناخت ها یعنی همان تغییر معنا؛ افراد در سازمان می توانند کار و تلاش های خود را بی معنا و تلاش برای برکنار نشدن بدانند، اما با تغییر شناخت ها می توانند به عنوان یک معنای مثبت به این مرحله برسند که با برداشتن بایدها و نبایدهای ذهنی، افکار غیر واقعی و فاجعه ساز به فلسفه ای مثبت از معنای کار خود برسند، خود را توانمند و تأثیر گذار و رضایت مند از انجام کاری مفید و اثربخش در سرنوشت کشور ببینند و این چنین به معنای کار مثبت و محکمی دست یابند تا از قبال آن از شغل خود احساس رضایت کنند و به سازمان خود احساس تعهد بیشتری داشته باشند که شرایط چنین معنای مثبتی را پدید آورده است.

در توجیه اثربخشی بیشتر درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در مقایسه با درمان کوتاه مدت راه حل محور می توان بیان کرد که درمان

درمانگران راه حل محور از فنون درجه بندی برای مراجعان استفاده می کنند. اغلب سؤالات درجه بندی برای اندازه گیری پیشرفت در طول جلسات درمانی استفاده می شوند. سؤالات درجه بندی از مراجعان می خواهند که وضعیت یا هدف خود را با مقیاس های ۱ تا ۱۰ رتبه بندی کنند. مثلاً در آغاز درمان از افراد خواسته شد تا شدت مشکلات خود را بر روی مقیاس درجه بندی مشخص کنند. پس از چند جلسه درمان، مجدداً از شرکت کنندگان درخواست شد تا وضعیت مشکل خود را بر روی مقیاس درجه بندی مشخص نمایند و بدین وسیله افراد در هر بار درجه بندی، میزان کاهش شدت مشکلات خود را نظاره می کنند. این تکنیک به مراجع کمک می کند تا میزان پیشرفت و بهبود را در جلسات درمان متوجه شود. علاوه بر استثنائات و سؤالات مقیاسی، یکی دیگر از سؤالات مداخله ای درمانگران راه حل محور، پرسش معجزه آسا است. پرسش معجزه آسا به پیدا کردن اطلاعاتی درباره دید مراجع نسبت به آینده یا راه حلی برای حل مشکل کمک می کند. درمانگر راه حل محور از مراجع سؤال می پرسد اگر امروز یک معجزه اتفاق بیافتد و مشکل تو حل شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چطور تشخیص می دهی که مشکل حل شده است؟ استفاده از اینگونه سؤالات به مراجعان برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن کردن به مسایلمان کمک می کند و می تواند گام مهمی در فرآیند تغییر باشد (دیویس و آسبورن، ۲۰۰۰). در جلسات درمان کوتاه راه حل محور شرکت کنندگان توانستند به جای درگیر شدن در مشکلات و تکرار راهکارهای ناسازگار، به دنبال راه حل های مفید و اثرگذارتر باشند و درصدد افزایش قابلیت های خود برای کنترل مناسب تنش ها و انتخاب راهکارهای مناسب برای حل مشکلاتشان برآیند و سازگارتر شوند. به نظر می رسد مشکلات به سادگی خود را حفظ و ابقا می کنند و چون مراجعان مشکلات را همانطور که همواره اتفاق می افتند، مجسم می کنند، آنقدر در مشکلات غرق می شوند که از دیدن راه حل هایی که درست در برابر آنها قرار گرفته، غافل می مانند، بنابراین با تغییر دیدگاه مراجعان و تمرکز بیشتر بر راه حل ها، زمینه مناسبی برای ایجاد تغییرات سازنده فراهم می شود که می تواند به بهبود معنای کار در کارکنان منجر گردد. همچنین با تکیه بر تجارب مثبت کارکنان پس از شرکت در جلسات و ادامه راه حل های مثبت مؤثر و کسب احساسات مثبت و احساس توانمندی و تأثیر در سازمان، این امر که در حال انجام کار مثبت و مفیدی هستند و می توانند در زندگی کاری جایگاهی مفید

اساس سلسله مراتب محدود می‌شود و با سد شدن آرزوهای کارکنان، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور نسخه‌ای برای کاهش سرخوردگی ندارد. همچنین در این درمان، درمانگران با اتخاذ موضع غیرمتخصص در مواجهه با مراجعان کم اعتماد به نفس که تجربه و نیروی لازم برای عملکرد درست را نداشته‌اند، راه‌حل‌های مشورتی برآمده از فرآیند درمان کمتر مؤثر واقع می‌شوند، به این خاطر که خودآگاهی نمی‌دهند و انگیزه‌ای آنچنان نمی‌توانند ایجاد نمایند و لذا این درمان در مقایسه با درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری اثربخشی کمتری داشته است.

از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اینکه این مطالعه بر روی کارکنان ستادی شرکت خطوط لوله و مخابرات نفت منطقه شمال شهرسازی انجام شد، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده و شیوه نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. متفاوت بودن سطح تحصیلات آزمودنی‌ها نیز می‌تواند در میزان اثرگذاری مداخلات مؤثر باشد که باید به عنوان یک محدودیت در پژوهش حاضر در نظر گرفته شود. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوشبینی، و عواملی نظیر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. در اغلب پژوهش‌های علوم رفتاری، معمولاً متغیرهای مداخله‌گر زیادی به جز متغیرهای مستقل به طور همزمان وارد پژوهش می‌شوند و متغیرهای وابسته را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. اینگونه متغیرها غالباً به سختی شناسایی می‌شوند و حذف اثرات آنها بسیار دشوار است. لذا نادیده گرفتن اثرات این گونه عوامل، ممکن است زمینه کاهش تکرارپذیری نتایج را فراهم نماید. شیوه‌های آزمایش توسط یک درمانگر اجرا شده که میزان مهارت درمانگر، برداشت شخصی او از این روش‌های آموزشی و کلاً تعامل فنون و اصول این روش‌ها با شخصیت و ویژگی‌های درمانگر، امری است که نباید آن را نادیده گرفت. پیشنهاد می‌شود،

کوتاه راه‌حل محور با پرسیدن برخی سؤال‌ها همچون سؤالات استثنا و معجزه به دنبال شناساندن این مهم به مراجعان است که شما توان لازم برای انجام امور را به شیوه درست در خود دارید، فقط باید آن را کشف کنید، و راه‌حل درست همان است که در اکثر مواقع مؤثر بوده است. حال آنکه درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در سه حیطه مهم شناختی - هیجانی - رفتاری مداخله نموده و از جمیع جهات نه فقط شناساندن راه‌حل‌های سالم به مراجعان کمک نموده است. تصور بر این است که درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری با استفاده از فنون مختلف جامعیت مداخله بیشتری را از درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور داشته و همین امر به تأثیرگذاری بیشتر بر معنای مثبت، معناسازی از طریق کار و انگیزش‌های برتر کارکنان سازمان انجامیده است. از نظر زمانی نیز درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری زمان بیشتری را به مراجعان اختصاص می‌دهد. درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور تفاسیر شناختی را تغییر نمی‌دهد، برای تغییر احساسات برنامه و فنون عاطفی خاصی را ندارد و در نهایت برنامه‌ریزی رفتاری خاصی را انجام نمی‌دهد و تنها یادآوری کننده توانمندی‌های فردی برای انجام راه‌حل‌های درست است. حال فرض کنیم در برخی افراد سابقه استثنایی در مشکل وجود نداشت و همواره فرد خود را در مواجهه با مشکل خاصی شکست خورده توصیف نمود. همین سؤال استثنا به او القا می‌کند که در کارش موفق نبوده و درمانگر در مواجهه با چنین شرایطی کار خاصی نمی‌تواند بکند. از طرفی موضع غیرمتخصص اتخاذ شده توسط درمانگران راه حل محور، تأثیرگذاری آنها را در ذهن برخی مراجعانی که منتظر توصیه‌های درمانگر هستند، کاهش می‌دهد، به خصوص در زمانی که تجربه و توانمندی پایینی دارند؛ هنگامی که درمانگر راه حل محور از سؤال معجزه استفاده می‌کند، ایده‌آل‌ها را ترسیم می‌کند و این امر، هم می‌تواند در افزایش توقعات غیر واقعی افراد تأثیر بگذارد و هم درمانگر نسخه عملی برای رسیدن به آن نقطه جز توصیه به انجام آن فعالیت ندارد و احتمال زیادی وجود دارد که به شکست مداخله در فرد مواجه شود. حال آنکه در درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در سه بعد اساسی انسانی مداخله می‌کند، این درمان دریافته که بدون فراهم بودن شرایط عقلانی - هیجانی - رفتاری سالم، مثلث سلامتی شکل نمی‌گیرد و با وجود مشکل در یک ضلع مثلث، همچنان دیگر اضلاع کم کار و ناتوان از عملکرد درست هستند. همین جامعیت در مداخله اثربخشی بیشتری را می‌آفریند. از طرفی در محیط‌های سازمانی بخشی از عملکرد کارکنان به ناچار بر

نینان، مایکل و درایدن، ویندی (۱۳۹۵). *راهنمای سریع رفتار درمانی عقلانی هیجانی*. ترجمه حسن حمید پور. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۸).

Albion, M. (2000). *Making a life, making a living: Reclaiming your purpose and passion in business and in life*. New York: Warner Business Books.

Ando, M., Natsume, T., Kukihara, H., Shibata, H., & Ito, S. (2011). Efficacy of mindfulness based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health, 3*(02), 118- 122.

Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). *The pursuit of meaningfulness in life*. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 608-618). Oxford: Oxford University Press.

Brzezowski, K. M. (2012). *A solution-focused group treatment approach for individuals maladaptively expressing anger*. Doctoral Dissertation. Ohio, The School of Professional Psychology Wright State University.

Cartwright, S., & Holmes, N. (2006). The meaning of work: The challenge of regaining employee engagement and reducing cynicism. *Human Resource Management Review, 16*(2), 199-208.

Cepukiene, V., & Pakrošnis, R. (2011). The outcome of Solution-focused brief therapy among foster care adolescents: The changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Children and Youth Services Review, 33*(6), 791-797.

Chalofsky, N. (2003). An emerging construct for meaningful work. *Human Resource Development International, 6*(1), 69-83.

Chalofsky, N., & Krishna, V. (2009). Meaningfulness, commitment, and engagement: The intersection of a deeper level of intrinsic motivation. *Advances in Developing Human Resources, 11*(2), 189-203.

Craddock, M. (2004). *The authentic career: Following the path of self-discovery to professional fulfillment*. Novato, CA: New World Library.

Davis, T. E., & Osbourne, C. J. (2000). *The solution-focused school counselor: Shaping professional practice*. 1st Edition, Routledge Publishers.

Dermer, S. B., Hemesath, C. W., & Russell, C. S. (1998). A feminist critique of solution-focused therapy. *The American Journal of Family Therapy, 26*(3), 239-250.

Dierendonck, D. V., Garssen, B., & Visser, A. (2005). Rediscovering meaning and purpose at work: The transpersonal psychology background of a burnout prevention programme. In C. L. Cooper (Ed.) *Research companion to organizational health psychology*. (pp. 623-630). Northampton, MA US: Edward Elgar Publishing.

Dryden, W. (2007). *Dryden's handbook of individual therapy*. Los Angeles: Sage Publications.

Ellis, R. D. (2008). In what sense is "Rationality" a criterion for emotional self-awareness?. *Consciousness and Cognition, 17*(3), 972-973.

پژوهشگران در آینده از حجم نمونه گسترده تری استفاده کنند. با این روند می توان تفاوت های فردی موجود بین آزمودنی ها را در نظر گرفت و یافته های به دست آمده را با توجه به آن تفسیر کرد. با توجه به اینکه هر دو روش درمان کوتاه مدت راه حل محور و درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در بهبود معنای کار تأثیر معنادار داشته اند، به محققان پیشنهاد می گردد که در تحقیقات آتی خود به جای دو گروه آزمایش، از سه گروه آزمایش استفاده کنند؛ دو گروه آزمایش همانند تحقیق حاضر باشد و در گروه سوم از ترکیب فنون راه حل محور و عقلانی - هیجانی - رفتاری استفاده شود تا این نتیجه حاصل شود که آیا ترکیب این دو رویکرد می تواند اثربخشی تر از بکارگیری آنها به صورت جداگانه باشد یا خیر؟. در نهایت بر اساس یافته های پژوهش حاضر پیشنهاد می گردد، مشاوران شغلی از مؤلفه های درمانی رویکردهای راه حل محور و عقلانی - عاطفی - هیجانی در جهت کاهش مشکلات شغلی افراد در سازمان ها و مؤسسات مختلف بهره ببرند.

منابع

کوری، جرالده (۱۳۹۸). *نظریه و کاربری مشاوره گروهی*. ترجمه کیانوش زهراکار، فرشاد محسن زاده، احمد حیدرینیا، علیرضا بوستانی پور و عباس سامی. تهران: انتشارات ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۲).

عباس پور، ذبیح الله (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان های شناختی رفتاری خانواده محور و راه حل محور بر افکار خودکشی گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق پذیری خانوادگی اقدام کنندگان به خودکشی*. رساله دکتری، دانشگاه شهید چمران اهواز.

علمی منش، نیلا (۱۳۹۶). *اثربخشی آموزش به شیوه رفتاری - عقلانی - عاطفی آلیس بر سلامت کارشناسان شاغل در شرکت ایران خودرو دیزل*. فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، ۴(۴)، ۳۶۶-۳۵۹.

گاترمن، جفری (۱۳۹۱). *هنر مشاوره راه حل مدار*. ترجمه مریم بهرامی و لیلا میرنیام. اصفهان: انتشارات نهفت (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

محمدی، طاهره (۱۳۹۱). *اثربخشی مشاوره شغلی به سبک رویکرد راه حل محور بر تغییر هویت معشوش کارجویان زن مراجعه کننده به مراکز کارپایی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

- applications. New York, NY: Routledge Taylor & Francis Group.
- Ogbuanya, T. C., Eseadi, C., Orji, C.T., Anyanwu, J. I., Ede, M. O., & Bakare, J. (2018). Effect of rational emotive behavior therapy on negative career thoughts of students in technical colleges in Nigeria. *Psychological Reports, 121*(2), 356-374.
- Pichot, T. (2007). *Looking beyond depression*. In: Nelson T.S., Thomas, F.N. editors. Handbook of solution focused brief therapy: Clinical applications. New Yprk: Haworth.
- Robbins, A., & Wilner, A. (2001). *Quarter life crisis: The unique challenges of life in your twenties*. New York: Tarcher/Putnam.
- Roeden, J. M., Maaskant, M.A., & Curfs, L. M. G. (2014). Processes and effect of solution-focused brief therapy in people with intellectual disabilities: a controlled study. *Journal of Intellectual Disability Research, 58*(4), 307-320.
- Rosner, R. (2011). Albert Ellis 'rational-emotive behavior therapy. *Adolescent Psychiatry, 1*(1), 82-87.
- Rosso, B. D., Dekas, K. H., & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior, 30*, 91-127.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L., (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 141-166.
- 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.
- Savolaine, J., & Granello, P. F. (2002). The function of meaning and purpose for individual wellness. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development, 41*(2), 178-189.
- Steger, M. F., Dik, B. J., Duffy, R. D. (2012). Measuring meaningful work: The work and meaning inventory (WAMI). *Journal of Career Assessment, 20*(3), 1-16
- Steger, M. F., & Dik, B. J. (2010). *Work as meaning: Individual and organizational benefits of engaging in meaningful work*. In Linley, P. A., Harrington, S. & Page, N (Eds.), Handbook of positive psychology and work (pp. 131-142). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Trepper, T. S., Dolan, Y., McCollum, E. E., & Nelson, T. (2006). Steve DeShazer and the future of solution-focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*(2), 133-139.
- Tulu, S.K. (2014). Effectiveness of rational emotive behavioral group counselling for posttraumatic stress disorder in orphan children found in Kechene children's home. *American Journal of Applied Psychology, 3*(6), 151-158.
- Estrada, B., Beyebach, M. (2007). Solution-focused therapy with depressed deaf persons. *Journal of Family Psychotherapy, 18*(3), 45-63.
- Evans, N., & Evans, A. M. (2013). Solution-focused approach therapy for mental health nursing students. *British Journal of Nursing, 22*(21), 1222- 1226.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L.T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice, 23*(3), 266-283.
- Gong, H., & Hsu, W. (2017). The effectiveness of solution-focused group therapy in ethnic Chinese school settings: A meta-analysis. *International Journal of Group Psychotherapy, 67*(3), 383-409.
- Gonzalez, J. E., Nelson, J. R., Gutkin, T. B., Saunders, A., Gallowa, A., Shwery. C. S. (2004). Rational emotive therapy with children and adolescents: A meta analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*(4), 222-235.
- Guterman, J. T. (2007). *Mastering the art of solution-focused counseling*. Book Presentation at the American Counseling Association's 2007 Annual Convention, Detroit, MI.
- Guterman, J. T., & Rudes, J. A. (2005). Solution-focused approach to rational-emotive behavior therapy: Toward a theoretical integration. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 23*(3), 223-244.
- Holbeche, L., & Springett, N. (2004). *In search of meaning in the workplace*. UK: Roffey Park Institute.
- Kim, J.S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 18*(2), 107-116.
- Kim, M. A., Kim, J., & Kim, E. J. (2015). Effects of rational emotive behavior therapy for senior nursing students on coping strategies and self-efficacy. *Nurse Education Today, 35*(3), 456-460.
- Kim, J., Kang, P., & Choi, I. (2014). Pleasure now, meaning later: Temporal dynamics between pleasure and meaning. *Journal of Experimental Social Psychology, 55*, 262-270.
- Leider, R. J. & Shapiro, D. A. (2001). *Whistle while you work: Heeding your life's calling*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Milliman, J., Czaplewski, A. J., & Ferguson, J. (2003). Workplace spirituality and employee work attitudes: An exploratory empirical assessment. *Journal of Organizational Change Management, 16*(4), 426-447.
- Mulawarman, M, Munawaroh, E., Nugraheni, E.P. (2016). Effectiveness of solution focus brief counseling approach (SFBC) in developing student career adaptability. *Couns-Edu: International Journal of Counseling and Education, 1*(1), 10-15.
- Neck, C. P., & Milliman, J. F. (1994). Thought self-leadership: Finding spiritual fulfillment in organizational life. *Journal of Managerial Psychology, 9*(6), 9-16.
- Nelson, T. S., & Thomas, F. N. (Eds.). (2007). *Handbook of solution-focused brief therapy clinical*

- Turne, M.J. (2016) Rational emotive behavior therapy (REBT), irrational and rational beliefs, and the mental health of athletes. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-16.
- Turner, T., & Barker, J.B. (2013). Examining the efficacy of rational-emotive behavior therapy (REBT) on irrational beliefs and anxiety in elite youth cricketers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 25(1), 131-147.
- Wallace, B.A. (2007). *Contemplative science: Where Buddhism and neuroscience converge*. New York: Columbia University Press.
- Van den Heuvel, M., Demerouti, E., Schreurs, A., Bakker, A., & Schaufeli, W. (2009). Does meaning making help during organizational change? Development and validation of a new scale. *Career Development International*, 14(6), 508-533.
- Wolf, P. C. (2013). *Factors of career meaning: An analysis of U.S. Naval Academy graduates*. (Dissertation). University of Florida.
- Wood, A. G., Barker, J. B., Turner, M. J., & Sheffield, D. (2018). Examining the effects of rational emotive behavior therapy on performance outcomes in elite paralympic athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 28(1), 329-339.
- Wong, I. A., Wan, Y. K. P., & Gao, J. A. (2017). How to attract and retain Generation Y employees? An exploration of career choice and the meaning of work. *Tourism Management Perspectives*, 23, 140-150.