Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Psychological Well-Being and Distress Tolerance of Physical-Motor Disabled

Fariba Esmaeli Ghazivaloii: MA in family counseling, faculty member of psychology and educational sciences, Mohagegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

Milad Ghomi: MA in family counseling, faculty member of psychology and educational sciences, Islamic Azad University south Tehran branch, Tehran, Iran.

Abdollah Jamali*: PhD candidate in counseling, faculty member of psychology and educational sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Khorasan Razavi, Iran. a.jamali@ut.ac.ir

Zahra Shafiee: MA in school counseling, faculty member of psychology and educational sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: People with disabilities, in terms of their position, are one of the society groups who are in greatest need of support. Because disability affects people health and psychological well-being, for most of them coping with this condition are difficult. This research aimed to investigate the effectiveness of existential group psychotherapy on psychological well-being and distress tolerance of physical-motor disabled.

Methods: Method of this study was quasi-experimental with pretest-posttest and a control group. Statistical population of this study was all physical-motor disabled people in region two of Tehran, in 2015. Among whom sixty clients of Raad physical-motor disabled rehabilitation center who were willing to cooperate, selected and randomly assigned to two groups(experimental and control groups; thirty persons each), as the accessible sample. The experimental group received eight sessions(ninety minutes each) but the control group received none. As pretest and posttest, Well-being scale(1989) and Simons and Gohler distress tolerance questionnaires were administered to both groups. The data were analyzed by analysis of covariance by SPSS20 software.

Results: Results showed that there was significant difference between two groups in distress tolerance;($P<0.01$) and significant difference between two groups in psychological well-being at posttest.($P<0.01$)

Conclusions: Regarded to results of this research; it's suggested that counselors, therapists, and clinical psychologist could use existential group psychotherapy method; to improve psychological well-being and distress tolerance of physical-motor disabled.

Keywords

Existential Therapy

Psychological Well-Being

Distress Tolerance

Physical-Motor Disabled

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 08 Feb 2017
Accepted: 28 Aug 2017

Please cite this article as follows: Esmaeli Ghazivaloii F, Ghomi M, Jamali A and Shafiee Z. Effectiveness of existential group psychotherapy on psychological well-being and distress tolerance of physical-motor disabledd. Quarterly journal of social work. 2017; 6 (2); 24-34

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلولین جسمی‌حرکتی

فریبا اسماعیلی قاضی ولوئی: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
میلاد قمی: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب، تهران، ایران.
عبداله جمالی*: دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، خراسان رضوی، ایران. a.jamali@ut.ac.ir
زهرا شفیعی: کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

واژگان کلیدی

روان‌درمانی وجودی

بهزیستی روان‌شناختی

تحمل آشفتگی

معلولین جسمی‌حرکتی

چکیده

مقدمه: معلولین یکی از اقشار جامعه‌اند که به لحاظ موقعیتشان بیشترین نیاز را به حمایت دارند. کنار آمدن با این شرایط برای اکثر آنان دشوار می‌باشد. زیرا معلولیت سلامت و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این پژوهش نیز با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلول جسمی‌حرکتی انجام شده است.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون وپس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش تمامی معلولین جسمی‌حرکتی منطقه دو شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. به‌منظور انجام این پژوهش، شصت نفر از معلولین جسمی‌حرکتی مرکز توانبخشی معلولین جسمی رعد که مایل به همکاری بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش وکنترل(سی نفر، هرگروه) جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه نود دقیقه‌ای تحت درمان وجودی به شیوه گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف و تحمل آشفتگی سیمون و گاهر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط هر دوگروه تکمیل گردید. داده‌های حاصل با روش تحلیل کوواریانس و به کمک نرم افزار SPSS20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه در تحمل آشفتگی تفاوت معناداری وجود دارد.($P<۰/۰۱$)

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل پیشنهاد می‌شود از این درمان جهت بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلولین جسمی‌حرکتی در مراکز کلینیکی و درمانی استفاده کنند.

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۰۶

نحوه استناد به مقاله:
فریبا اسماعیلی قاضی ولوئی، میلاد قمی، عبداله جمالی و . اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلولین جسمی‌حرکتی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۶؛ ٦ (۲): ۳٤-۲٤

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

مقدمه

درصد قابل توجهی از هر جامعه‌ای را افراد دچار معلولیت تشـکیل می‌دهد.(۱) معلولیت به‌عنوان محرومیت‌های فرد در نتیجه اختلال تعریف می‌شود. معلولیت با نقص و ناتوانی متفاوت است. مشارکت در اجتماع معیاری است که معلولیت بر مبنای آن تعریف می‌گردد. یکی از گروه‌هایی که با واقعیتی در زندگی خود مواجه هستند معلولان جسمی‌حرکتی می‌باشند.(۳) **خصوصیت مشـترک معلولین جسمی‌حرکتی شـامل:** فلج اطفال، فلج مغزی، ضایعات نخاعی و قطع عضو می‌باشند.(۴) معلولیت‌های جسـمی‌حرکتی، جدا از محدودیت‌ها یا مشکلاتی که از نظر کاربردی در فرد ایجاد می‌کنند، ممکن است موجب تاثیرات سـوء روان‌شـناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر شخصیت فرد معلول یا تکوین بهینه آن داشته باشد. افراد معلول با مشـکلات و آسـیب‌های متنوع و متعددی در روابط بین فردی، کار، محیط‌های تحصیلی و حوزه‌های عاطفی-رفتاری روبرو هسـتند.(۵) سـازمان بهداشت جهانی(۲۰۰۴)، سـلامت روان را به‌عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی، اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف کرده است.(۶) یکی از ویژگی‌های مهم روانی که فرد واجد سلامت، می‌بایست از آن برخوردار باشد احساس بهزیستی یا رضایتمندی است.(۷) بهزیستی روان‌شناختی به معنای خوب بودن، زندگی در محیطی غنی، ارزشـمند بودن برای دنیا، غلبه کردن بر زندگی، لذت بردن از زندگی تعریف شـده اسـت.(۸) بهزیسـتی روان‌شناختی، برداشـت‌های درون شخصی در مورد سـازگاری فرد با دیدگاهش نسبت به زندگی را منعکس می‌سـازد.(۹) افراد با بهزیسـتی بالا به‌طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، درحالی‌که افراد با بهزیسـتی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شـان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشـتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشـم را تجربه می‌کنند.(۷) به‌نظر می‌رسد بهزیستی در پیشگیری و بهبود شرایط جسمانی و بیماری‌ها نقش داشته و احتمالاً منجر به افزایش امید به زندگی می‌شود. همچنین به‌نظر می‌رسد بهزیسـتی با برخی مؤلفه‌های حفاظت جسـمانی رابطه مسـتقیم دارد که یکی از آن‌ها ظرفیت ایمنی است؛ اما از دیگر راه‌ها نیز تأثیرگذار است، مانند افزایش رفتار سالم، بهبود راهبردهای مقابله‌ای سالم با مسئله و جلوگیری از استرس.(۱۰) در پژوهشـی وینهوون(۱۱) نشان داد که عوامل روان‌شناختی بر کارکرد جسـمی تاثیر می‌گذارند و کسانی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند از سلامت جسمی بالاتری برخوردارند. مرادی و همکاران(۱۲) در پژوهشی نشان دادند که معلولین جسمی‌حرکتی در کل از سلامت روانی بهینه برخوردار نیستند.

افراد دارای ناتوانی باید برای کنار آمدن با مشکل خود، ویژگی‌های خاصی را در خود پرورش دهند. تحمل آشفتگی به‌عنوان یک مفهوم فراهیجانی مفهوم‌سـازی شـده و به‌عنوان یک صفت نه حالت هیجانی در نظر گرفته می‌شـود و به معنای ظرفیت تجربه و تحمل حالات روانی منفی اسـت. تحمل پریشانی می‌تواند نتیجه فرآیندهای شناختی یا جسمانی باشـد، اما به‌صورت یک حالت هیجانی تجربه می‌شـود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شـود.(۱۳) این متغیر به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود که اطلاعات اضافی دیگری فراتر از آگاهی فرد از میزان عواطف منفی تجربه شـده را شـامل می‌شود. این رفتار پاسـخ عاطفی سودمندی است که به‌عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف شده است.(۱۴)

مطابق دیدگاه سـیمونز و گاهلر، افراد دارای تحمل پایین آشـفتگی ویژگی‌های بدین شـرح دارا می‌باشند: آن‌ها به این حقیقت واقف هستند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل نموده و احساس می‌کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی دارند، در نتیجه، آن‌ها به‌دلیل ناتوانی خود برای تحمل هیجان‌های منفی احسـاس سـرافکندگی می‌کنند. با توجه به فقدان توانایی‌های مقابله‌ای ادراک شده و ناتوانی برای مدیریت حالات هیجانی آزارنده، این افراد برای اجتناب از تجربه هیجان‌های منفی به سختی تلاش می‌کنند. در صورتی که اجتناب محتمل نباشد آن‌ها در تلاش برای بر طرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی می‌آورند. اگر این راهکار ناسالم مفید نباشد، به احتمال قوی کل انرژی آن‌ها بر هیجانات خود متمرکز خواهد شد که این امر در نهایت کارکردهای آن‌ها را مختل خواهد ساخت.(۱۳) از چشم‌انداز نظری، تحمل آشفتگی به روش‌های متفاوت ادراک شده تحمل آشفتگی و همچنین تحمل فراگیر شخص در مقابل طیفی از حالات درونی منفی نظیر هیجان منفی، ابهام، بلاتکلیفی، ناکامی و ناراحتی فیزیکی گفته می‌شود.(۱۴) توانایی تحمل درد و پریشـانی به دو دلیل، هدف اساسـی سلامت روان اسـت. از آنجا که درد و پریشانی را نمی‌توان

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

به‌طـور کامل حذف کرد یـا از آن اجتناب کرد، توانایـی پذیرش واقعیت تغییر ناپذیر، خود منجر به کاهـش درد و رنج می‌گردد. از طرفـی اگر فرد بـرای تغییر خود، تلاش نکند، اعمال تکانشی جایگزین تلاش برای ایجاد تغییرات مطلوب می‌گردد.(۱۵) افراد با تحمل بالای آشـفتگی قادر هستند حالات روان‌شناختی منفی را تحمل نمایند، در حالی که افراد با تحمل پایین آشفتگی برای تسکین تجربیات آزاردهنده درونی گرایش دارند به رفتارهای جبرانی بپردازند.(۱۳) یافته‌ها نشان می‌دهد که تحمل آشفتگی به‌طور معکوس بـا طیفـی از رفتارهـای ناسـازگارانه مانند رفتـار ضداجتماعی، قماربـازی بیمارگون، خودآسـیب‌زنی عمدی، رفتارهای پرخوری، مصـرف الـکل و مـواد،(۱۶) همچنیـن با نشانه‌های وسواس فکری-عملی، اضطراب جدایی و اضطراب فراگیـر در افراد مبتلا به اختـلالات،(۱۷) خطر فزاینده ابتلا و رشـد اختلالات مصـرف مـواد(۱۸) رابطه دارد. شـریعتمدار و غـروی(۳) نشـان دادند که افراد دارای معلولیت جسمی‌حرکتی با تحمل پریشـانی پایین از تحریف شناختی بیشتری استفاده می‌کنند.

برهمین اسـاس یکی از رویکردهای موثر که می‌تواند کمک کند افراد رنج ناتوانایی در انـدام حرکتی را تحمـل کنند، رویکرد وجودی اسـت. این نظریه ماهیت فلسـفی دارد و مجموعـه‌ای از عقایـد و نظریه‌ها در مورد انسان است که به آن روان‌درمانی‌های وجـودی گفتـه می‌شـود.(۱۹) رویکـرد وجـودی در حـوزه روانشناسـی به‌عنوان وضعیتی مشـترک بـرای همه افـراد بدون توجه به فرهنـگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسـائل عمیق و محوری همچـون: تنهایی، بی‌معنایـی، مـرگ و آزادی می‌پـردازد.(۲۰) این رویکـرد مراجعه‌کنندگان خود را تشـویق می‌کند با ابعادی از زندگی خود که همواره از آن فرار می‌کردند، مواجه شـوند و شـجاعانه این وقایع ناگوار را در زندگی خود به رسـمیت بشناسند و بپذیرند که شـادی و نشـاط در زندگی محقق می‌شود در صورتی که فرد بپذیرد که امنیت و نشـاط پایدار و همیشگی در زندگی وجود نـدارد.(۲۱) روان‌درمانی وجودی بر اسـاس دیدگاه خود نسـبت به زندگی انسـان، به اهمیت زندگی او می‌پردازد. روان‌درمانی وجودی نگرشـی بـه موضوع‌های زندگـی چون زندگـی و مـرگ، آزادی، مسـئولیت نسـبت به خود و دیگران، یافتن معنا در زندگی و پرداختن به مفهوم بی‌معنایی اسـت. این رویکرد درمانی بیش از سایر دیدگاه‌ها به بررسـی آگاهی انسـان از خود و توانایی او در نگریستن به ماورای مشکلات خویش و مسائل وجودی می‌پردازد. در این رویکرد تلاش نمی‌شـود درد و رنج انسـان از بین برود، زیرا زندگی انسـان از لحاظ ماهیتـی توام با رنج اسـت. در عوض به انسـان‌ها کمک می‌شـود با پذیـرش واقعیت درد و رنـج برای دردهای زندگی معنـا بیابند که در ایـن صورت دردها لذت‌بخش خواهند شـد.(۱۹) امتیاز روان‌درمانی وجودی نسـبت به سـایر رویکردهـا، در تمرکز آن بـر انتخاب‌ها و مسـیرهای موجود به سمت رشد شخصی می‌باشد و تاکید بر پذیرش مسـئولیت‌های شخصی، گسترش آگاهی نسبت به موقعیت‌های فعلی و احساس تعهد نسـبت به تصمیم‌گیری و عمل می‌باشد. این رویکرد به‌دنبال آن اسـت که به انسـان‌ها کمک کند کـه اگرچه نمی‌توانند برخی از رویکرد ناخوشایند و دردآور را در زندگی خود تغییر دهند، امـا می‌توانند نحوه‌ای که این رویدها را برداشـت می‌کنند و به آن‌ها واکنش نشـان می‌دهند را تغییر دهند؛(۲۲) یعنی به‌جای فرار از وقایع ناگوار زندگی، شـجاعانه این وقایع را به رسـمیت بشناسند و بپذیرند شـادی و نشـاط در زندگی در صورتی محقق می‌شود که آن‌ها قبول کنند امنیت و نشـاط پایدار و همیشگی در زندگی وجود ندارد؛(۲۱) بنابرایـن هـدف اصلی گـروه درمانی وجـودی کمک بـه حضور واقعی در هسـتی اسـت؛ یعنی به اعضا کمک می‌کنـد تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباط واقعی و صادقانه برقرار کنند و به جای تمرکز بر مشـکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تاکید دارد.(۲۳) رضایـی(۲۴) در مطالعه‌ی خـود نشـان داد روان‌درمانی وجودی در افزایش تـاب‌آوری مـادران دارای فرزنـد عقب مانـده ذهنی موثر اسـت. اسکندری و همکاران(۲۵) در پژوهشی با عنوان گروه‌درمانی شـناختی وجودی بر امیدواری والدین کودکان سـرطانی نشان دادند که گروه درمانی شـناختی وجودگرا می‌توانـد در افزایش امیدواری والدیـن فرزنـدان مبتلا به سـرطان موثر باشـد. خدادادی سـنگده و همـکاران(۲۶) نشـان دادند کـه گروه‌درمانی وجودی بـر افزایش سـلامت روان دانشـجویان موثر می‌باشـد. رضایی و همکاران(۲۷) در مطالعه‌ی خود دریافتند کـه روان‌درمانی وجودی می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری در زنان نابارور شود. قمری‌گیوی و همکاران(۲۸)

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

نشـان دادند که درمان شـناختی-رفتاری بر بهبود تحمل آشـفتگی نوجوانان موثر می‌باشد. شکارتبار فیروزجائی(۲۹) نشان داد که درمان شـناختی عاطفی و رفتاری الیس بر بهزیسـتی روان‌شناختی معلولین جسـمی‌حرکتی موثر می‌باشـد. قمی(۳۰) نشـان داد که روان‌درمانی وجودی بر افزایش امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سـرطانی موثر بوده است. کیسان و همکاران(۳۱) مشخص کردند که روان‌درمانی گروهی وجودی در بهبود سـطح سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به سـرطلان سینه موثر بوده است. ماردیو و ساکز(۳۲) نشان دادند رویکرد وجودی و معنویت درمانی در بهبود روابط، برداشت از خویشتن و کیفیت زندگی زوج‌های دچار سوگ موثر می‌باشد.

بـا در نظر گرفتن ماهیـت درمان وجودی و نگاه آن بـه واقعیات زندگی ازجمله درد، رنج و مسـئولیت فرد در یافتـن معنا در این شـرایط و از سـوی دیگر ماهیـت معلولیت جسـمی‌حرکتی که شـرایط زندگـی فرد را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد، با این مسـئله روبرو هسـتیم کـه آیـا روان‌درمانـی گروهی با رویکرد وجودی می‌تواند در بهبود سـطح بهزیسـتی روان‌شـناختی و تحمل آشفتگی فرد معلول موثر باشد؟

روش

پژوهـش حاضر از نظرهدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشـی می‌باشـد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌ی‌آماری این پژوهش به تعداد صد و هفت نفر شامل تمامی معلولین جسمی‌حرکتی مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی منطقه دو شهر تهران می‌باشند. در این پژوهش از بین سه مرکز توانبخشی معلولین جسمی‌حرکتی منطقه دو شهر تهران، مرکز توانبخشی معلولین جسمی رعد انتخاب شد. برای اجرای پژوهش با اخذ مجوز لازم و هماهنگی‌های صورت گرفته با مرکز توانبخشی معلولین جسمی رعد،شصت نفر از معلولین جسمی‌حرکتی مراجعه‌کننـده بـه این مرکز که دارای شـرایط ورود به نمونه بودند، انتخاب و سـپس به‌صـورت تصادفی در دو گروه آزمایـش و کنترل(هرگروه سی نفر) قرار گرفتند.

شرایط ورود به نمونه: تمایل به شرکت در پژوهش، سطح تحصیـلات حداقل سـیکل برای درک بهتـر آموزش و تکمیل پرسشنامه‌ها، نداشتن عقب‌ماندگـی ذهنی و بالای هجده سال سن.

ملاحظات اخلاقی: بعد از انتخـاب نمونه‌ها ضمن دادن اطمینـان کافی بـرای رعایت رازداری نتایج، در مورد اهداف پژوهـش اطلاعـات کامـل به شرکت‌کنندگان داده شد، کفایت حجم نمونه بـا روش مقدماتی آماری بررسی شد. در ادامه پس از گرفتن رضایت‌نامه نوشتاری، ارزیابی‌های‌پیش‌آزمون‌انجام‌شد. گروه آزمایش هشت جلسه نـود دقیقه‌ای تحـت درمان

جدول(۱) جلسات روان‌درمانی گروهی وجودی

جلسه	هدف برنامه	توضیح	مدت	وسایل مورد نیاز
اول	آشنایی اعضاء و روشن کردن اصول کار گروهی	پذیرش و خوشامدگویی، بیان اهداف و آشنایی اعضا و بیان اهداف و نحوه کار گروه و اجرای پیش‌آزمون	۹۰ دقیقه	ماژیک، خودکار، تخته وایت برد (یا یک قطعه کاغذ بزرگ)
دوم	بحث در مورد مفهوم خودآگاهی	تشریح مفهوم خودآگاهی و زمان حال و رسیدن به مفهوم من چه کسی هستم.	۹۰ دقیقه	خودکار و برگ تمرین مربوط به هدف این جلسه
سوم	تشریح نقش مرگ در زندگی	پرداختن به تکالیف جلسه قبل، بیان و بازخورد اعضاء راجع به تجربیات فقدان و سوگ، پرداختن به مرگ و آگاهی از متناهی بودن	۹۰ دقیقه	تخته وایت برد و برگ تمرین این جلسه
چهارم	تشریح مفهوم تنهایی	بررسی تکلیف داده شده،بررسی پاسخ اعضابه سؤالهای " آیا تنهایی رنج‌آوراست"و "آیامن انسان تنهایی هستم"	۹۰ دقیقه	برگ تمرین و خودکار
پنجم	تشریح معنا بخشیدن به زندگی	بررسی پاسخ اعضابه سوالهای "آیا زندگی داری هدف و معناست؟"بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و کنار آمدن با پوچی و بیهودگی زندگی.	۹۰ دقیقه	تخته وایت برد و برگه تمرین
ششم	تشریح آزادی و مسئولیت	پرداختن به مفاهیم آزادی،حق انتخاب ووجو محدودیت‌ها،بررسی تجارب اعضاء در مورد موقعیت‌های چالش‌برانگیز آزادی درانتخاب،تشریح ارتباط بین آزادی ومسئولیت	۹۰ دقیقه	تخته وایت برد و ماژیک
هفتم	تصویرسازی ذهنی	اعضاء در موردمسائلی که می تواند برافکار واحساسات فرد مؤثر باش. ازتصویرسازی ذهنی استفاده شد .به این ترتیب از اعضاء خواسته شد تا یکی از موقعیتهای موفقیت یا شکست خود را تصورکنند و بگویندکه چه کسی را مسئول آن می دانند؟چه احساسی نسبت به آن دارند؟ازاینکه مسئولیت رفتارهای خود را می پذیرندچه احساسی دارند؟	۹۰ دقیقه	تخته وایت برد، برگه تمرین، ماژیک، خودکار
هشتم	جمع‌بندی	جمع‌بندی مطالب قبلی و ارتباط مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، مرگ، هدفمندی و معنا در زندگی، مسئولیت در زندگی و کنار آمدن با رنج‌ها، اجرای پس‌آزمون	۹۰ دقیقه	تخته وایت برد، یک قطعه کاغذ بزرگ، ماژیک، خودکار

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

وجـودی به شـیوه گروهی مطابـق جدول شماره یک برگرفته از متن کتاب روان‌درمانی وجودی نظری و ضرغامی(۱۹) قرار گرفتند و گـروه کنترل مداخلـه‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه‌های بهزیسـتی روان‌شناختی ریف و پرسشنامه تحمل آشفتگی سیمون و گاهر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسـط هـر دو گروه تکمیـل گردیـد. در مراحل انجـام پژوهش میـزان نمونه‌هـای گروه‌ها ریزش نداشـتند، از جملـه تدابیر لازم برای پیشـگیری از ریزش گروه‌هـا انتخاب دقیق بر مبنای شرایط ورود بود که افراد با انگیزه انتخاب شدند. دیگر این که در طی مراحل پژوهش شـرایط و امکانـات لازم جهت اثر بخش بـودن هرچه بیشـتر پژوهـش برای شرکت‌کنندگان فراهم آمد.

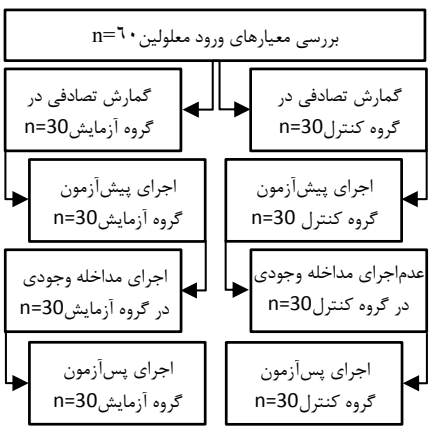
ابزار پژوهش

۱-پرسشـنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی: شـامل اطلاعات درباره‌ی جنسیت، وضعیت اشتغال، تحصیلات، سن، تاهل است.

۲-پرسشنامه بهزیستی روانی کارول ریف(۳۳): یک مقیاس هشـتاد و چهار ماده‌ای است که شـش جنبـه مجـزا از بهزیسـتی روانـی را می‌سـنجد. شـرکت‌کنندگان بر اسـاس یک سـاخت شـش درجه‌ای(کامـلاً مخالف تا کاملاً موافق) به سـؤال‌ها پاسـخ می‌دهند. چهـل و هفت سـوال به‌صورت مسـتقیم و سـی و هفـت سـوال به‌صـورت معکوس نمره‌گذاری می‌شـوند. در این پژوهش میـزان آلفای کرونباخ برابر با هفتاد و نه درصد محاسـبه شـد.(۳۴) ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سـنجه‌هایی که صفات شخصیت را می‌سنجیدند و در ضمن شـاخص بهزیستی روان‌شـناختی نیز به شمار می‌رفتند، از سـنجه‌هایی مانند مقیاس تعـادل عاطفی برادبـورن(۱۹۶۹)، رضایت زندگی نیوگارتن(۱۹۶۵) و حرمت خود روزنبرگ(۱۹۶۵) استفاده کرد. نتایج همبستگی آزمون ریف، با هر یک از مقیاس‌های فوق قابل قبول بود؛ بنابراین ابزار فوق از نظر سـازه‌ای روا محسوب شد.(۳۳) آلفای کرونباخ به‌دست آمده در مطالعه ریف(۳۴) برای خرده مقیاس پذیرش خود۰/۹۳، ارتباط مثبت با دیگران۰/۹۱، خودمختاری۰/۸۶، تسـلط بر محیط ۰/۹۰، زندگی هدفمند۰/۷۳ و رشـد شـخصی۰/۸۷ گزارش شده اسـت. در پژوهش کیز، شـمات و ریف(۳۵) همسـانی درونی خرده مقیاس‌ها بین هشـتاد و دوتا نود درصد گزارش شـده است. در ایران بیانی و همکاران(۳۶) همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفـای کرونباخ بین هفتاد تا هشـتاد و دو درصد و روایی مقیاس را نیز مناسب گزارش نمودند.

۳-پرسشنامه تحمل آشفتگی سیمون و گاهر(۱۳): یک شاخص خودسنجی تحمل آشفتگی هیجانی است که دارای پانزده ماده و چهار خرده مقیاس اسـت: ۱-تحمل(تحمل آشفتگی هیجانی): با سوالات یک، سه و پنج اندازه‌گیری می‌شود. ۲-جذب(جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی): با سوالات دو، چهار و پانزده اندازه‌گیری می‌شود. ۳-ارزیابی(برآورد ذهنی پریشانی): با سوالات شـش، هفت، نه، ده، یازده و دوازده اندازه‌گیری می‌شـود. ۴-تنظیم(تنظیم تلاش‌ها برای تسـکین پریشانی): با سوالات هشت، سیزده و چهارده اندازه‌گیری می‌شود.(۱۳) عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (کاملا موافق، اندکی موافق، نه‌موافق و نه‌مخالف، اندکی مخالف و کاملا مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند و هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب یک، دو، سـه، چهار و پنج امتیاز دارند. عبارت شش به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشـانگر تحمل آشفتگی بالاست. سیمونز و گاهلر(۲۰۰۵) برای به‌دسـت‌آوردن تحمل آشفتگی کلی نمره تمام سـوالات با هم جمع می‌شـود و برای به‌دسـت‌آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سوال‌های هر بعد مطابق آنچه که در بالا ذکر شـد با هم جمع می‌شـوند. سیمونز و گاهـر(۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و بـرای کل مقیاس ۰/۸۲ را گـزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی اسـت. علوی(۳۷) در پایان‌نامه‌اش از این ابزار بهره گرفته و بر روی چهل و هشت نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (سی و یک زن وهفده مرد) اجرا و گزارش کرده اسـت که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا(α= ۰/۷۱) و خرده مقیاس‌ها دارای پایایی متوسط

نمودار (۱) نمودار consort پژوهش



wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

(برای تحمل۰/۵۴، جذب۰/۴۲، ارزیابی۰/۵۶، تنظیم۰/۵۸) هستند. در این پژوهش از نمره کلی استفاده شده است.

یافته ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۸/۴۲ سال، ۶۹/۲۳ ٪ مذکر، ۳۰/۷۷٪ مونث، ۶۵/۳۸٪ مجرد و ۳۴/۶۲٪ متاهل، ۵۰٪ دیپلم، ۳۶/۶۷٪ زیر دیپلم، ۱۳/۳۳٪ بالای دیپلم، ۴۶/۶۶٪ شاغل و۵۳/۳۴٪ بیکار می‌باشد.

میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل آشفتگی، بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در دوگروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون در جدول شماره سه آمده است.

همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات تحمل آشفتگی و بهزیستی و مولفه‌های آن در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش افزایش نشان می‌دهد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، در مورد متغیرهای تحقیق در هر دو نوبت آزمون برقرار است.($P>۰/۰۵$) بنابراین برای آزمون هر یک از متغیرها می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

باتوجه به نتایج جدول، ضرایب F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در هیچ یک از متغیرها معنادار نمی‌باشد. در نتیجه تفاوت معناداری میان ضرایب رگرسیون بین متغیرهای وابسته و همپراش دو گروه مشاهده نمی‌گردد و فرض همگنی ضرایب رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل برای تمامی مقیاس‌ها برقرار است. با توجه به مجموع پیش‌فرض‌های مطرح شده مشاهده می‌گردد که داده‌های این پژوهش قابلییت ورود به تحلیل کواریانس را دارا می‌باشند و می‌توان تفاوت دو گروه را در متغیر وابسته مورد بررسی قرار داد. همچنین نتایج آزمون‌های کواریانس چندمتغیری برای بررسی معناداری ترکیب خطی متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه‌ی روی $P<۰/۰۱$، $F=۴۵/۷۵$، معنادار می‌باشند. بدین ترتیب مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیرهای مستقل تاثیر پذیرفته‌اند؛ به‌عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که روش مداخله بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته موثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل کواریانس تک‌متغیری به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم گردد که تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی، مربوط به کجاست.

یافته‌های جدول شماره پنج نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین نمرات بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان $P<۰/۰۰۱$، $F=۲۲/۸۵$ بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد. بنابراین روان‌درمانی وجودی بر افزایش بهزیستی

جدول(۲) مشخصات دموگرافیک معلولین جسمی-حرکتی شرکت‌کننده در پژوهش

مشخصات دموگرافیک		درصد فراوانی
جنسیت	مذکر	۶۹/۲۳
	مونث	۳۰/۷۷
وضعیت تاهل	مجرد	۶۵/۳۸
	متاهل	۳/۶۲
وضعیت اشتغال	شاغل	۴۶/۶۶
	بیکار	۵۳/۳۴
وضعیت تحصیلات	دیپلم	۵۰
	زیردیپلم	۳۶/۶۷
	بالای دیپلم	۱۳/۳۳

جدول(۳) میانگین و انحراف معیار متغیر تحمل آشفتگی، بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

متغیرها	منبع گروه	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودمختاری	پیش‌آزمون	۵۴/۱۶	۵/۰۸	۳۴/۶۰	۱۰/۰۰
	پس‌آزمون	۶۱/۱۶	۹/۲۸	۳۴/۲۵	۹/۸۴
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۵۴/۰۲	۷/۸۹	۴۴/۱۲	۴/۱۶
	پس‌آزمون	۵۹/۲۱	۵/۱۱	۴۴/۰۱	۴/۱۱
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۵۲/۸۵	۸/۶۵	۵۳/۱۲	۷/۱۱
	پس‌آزمون	۶۷/۱۲	۶/۱۲	۵۴/۴۵	۸/۲۰
روابط مثبت با دیگری	پیش‌آزمون	۵۰/۵۶	۸/۱۲	۴۹/۱۴	۸/۱۱
	پس‌آزمون	۵۹/۲۵	۶/۵۶	۶۰/۰۲	۷/۵۶
هدف در زندگی	پیش‌آزمون	۴۹/۳۹	۱۰/۵۴	۵۳/۱۵	۵/۸۱
	پس‌آزمون	۵۳/۲۹	۷/۷۹	۵۵/۵۳	۸/۸۶
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۴۹/۲۱	۸/۲۶	۵۲/۴۲	۶/۵۰
	پس‌آزمون	۵۳/۵۵	۸/۸۴	۵۴/۰۸	۷/۲۵
نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲۰۵/۹۹	۱۱/۱۲	۲۰۲/۹۹	۹/۱۸
	پس‌آزمون	۲۱۱/۹۹	۱۳/۸۵	۲۰۴/۱۳	۹/۰۷
نمره کلی تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	۵۴/۷۸	۸/۸۸	۵۲/۳۱	۸/۷۴
	پس‌آزمون	۵۸/۳۴	۶/۷۸	۴۵/۵۴	۹/۷۸

جدول(٤) آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش

شاخص متغیرها	SS	DF	F	P
گروه*پیش‌آزمون-بهزیستی روان‌شناختی	۱/۵۴	۱	۰/۴۰	۰/۹۰
گروه* پیش آزمون تحمل آشفتگی	۰/۱۱	۱	۰/۰۳	۰/۵۲

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

روان‌شـناختی شـرکت‌کنندگان در مرحلـه پس‌آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. شـاخص اندازه اثر نشـان می‌دهد که ۵۸٪ تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی در شـرکت‌کنندگان گروه آزمایـش را می‌توان بـه روان‌درمانی وجودی نسـبت داد. افزون بر این، تفاوت مشاهده‌شـده میان دو گروه آزمایـش و شـاهد از نظر تحمل آشـفتگی در مرحله پس‌آزمون معنادار اسـت. بنابراین روان‌درمانـی وجـودی بـر بهبـود تحمل آشـفتگی شـرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در مرحلـه پس‌آزمون تاثیر داشـته اسـت. تـوان آماری بالای هشـت دهـم بازگوینده از برازندگـی انـدازه نمونـه و دقت آماری پذیرفتنی اسـت. شـاخص اندازه اثر نشـان می‌دهد که شـصت و یـک درصد تغییرات مربوط به تحمل آشفتگی در شرکت‌کنندگان گـروه آزمایش را می‌توان بـه روان‌درمانی وجودی نسبت داد.

نتایج جدول شماره شش نشان می‌دهد که بعـد از کنتـرل اثرات پیش‌آزمـون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین پس‌آزمون دو گروه

جدول(۵) نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر گروهی بر نمرات بهزیستی روان شناختی و تحمل آشفتگی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	شاخص متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۶۵/۸۵	۱	۶۵/۸۵	۰/۱۰	۰/۶۸	۰/۰۰۵	۰/۰۹
	عضویت گروهی	۳۱۱۱/۱۰	۱	۳۱۱۱/۱۰	۲۲/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۸۰
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	۱۱۲/۳۱	۱	۱۱۲/۳۱	۰/۳۱	۰/۵۸	۰/۰۰۷	۰/۱۲
	عضویت گروهی	۱۴۵۸/۵۴	۱	۱۴۵۸/۵۴	۲۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۸۹

جدول(۶) نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر گروهی بر نمرات مولفه‌های بهزیستی روان شناختی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	شاخص متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۱۷۹/۸۷	۱	۱۷۹/۸۷	۲/۷۹	۰/۰۹۳	۰/۱۱	۰/۲۶
	عضویت گروهی	۲۸۹/۱۹	۱	۲۸۹/۱۹	۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۶۱
روابط مثبت	پیش‌آزمون	۴۹/۹۰	۱	۴۹/۹۰	۰/۸۹	۰/۳۴	۰/۰۳۷	۰/۱۲
	عضویت گروهی	۳۰۲/۲۴	۱	۳۰۲/۲۴	۶/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۶۵
هدف در زندگی	پیش‌آزمون	۸۲/۵۳	۱	۸۲/۵۳	۱/۱۲	۰/۰۲۵	۰/۰۵۲	۰/۲۱
	عضویت گروهی	۱۰۱/۱۰	۱	۱۰۱/۱۰	۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۳۱	۰/۵۲
خودمختاری	پیش آزمون	۰/۶۵	۱	۰/۶۵	۰/۰۰۸	۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۶
	اثر گروه	۲۵۰/۱۰	۱	۲۵۰/۱۰	۴/۱۲	۰/۰۰۲	۰/۱۷	۰/۵۱
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۲۴/۹۰	۱	۲۴/۹۰	۰/۳۸	۰/۵۴	۰/۰۱۷	۰/۰۳
	اثر گروه	۹۹/۰۳	۱	۹۹/۰۳	۱/۲۵	۰/۰۰۲	۰/۳۱	۰/۲۵
رشد شخصی	پیش آزمون	۶۹/۸۲	۱	۶۹/۸۲	۰/۸۹	۰/۳۲	۰/۰۴۱	۰/۰۲
	اثر گروه	۳۰۱/۹۲	۱	۳۰۱/۹۲	۶/۵۲	۰/۰۰۲	۰/۷۵	۱/۰۰

در مولفه‌های بهزیسـتی روان‌شـناختی شـامل پذیرش خود$P<۰/۰۵$، $F=۴/۶۸$، روابـط مثبت$P<۰/۰۵$، $F=۶/۰۵$ و در خودمختاری$P<۰/۰۵$، $F=۴/۱۲$، هدف در زندگی$P<۰/۰۵$، $F=۰/۲۵$، تسلط بر محیط$P<۰/۰۵$، $F=۱/۲۵$ و رشد شخصی$P<۰/۰۵$، $F=۶/۵۲$ وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

بررسـی منابع مطالعاتی حاضر نشـان داد که تاکنون پژوهش منتشرشده‌ای درزمینه اثربخشـی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلولین جسمی‌حرکتی وجود ندارد، از این رو نوآوری پژوهش حاضر در به‌کارگیری از روان‌درمانی وجودی به شـیوه گروهی در معلولین جسـمی‌حرکتی بوده است. نتایج این پژوهش نشـان می‌دهد که روان‌درمانی وجودی توانسته است به‌طور معناداری بهزیسـتی روان‌شناختی معلولین جسمی‌حرکتی را افزایـش دهد. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه‌های دیگر که نشـان می‌دهند کـه روان‌درمانی وجودی منجر به افزایش روان‌شـناختی و بهبود عملکرد خانوادگی در زنان مبتلا به سـرطان سـینه،(۳۱) افزایش سـلامت روان دانشجویان،(۲۶) افزایش سلامت روانی و جسمانی(۳۱) شده، همخوانی دارد. انسان‌ها زمانی که با شرایط رنج‌آوری مواجه می‌شوند دچار نوعی بی‌معنایی، غفلت، درماندگی و ناامیدی در زندگی می‌شـوند. انسان موجودی است که همواره به‌دنبال معناست حتی برای رنج‌ها و دردهایش به‌دنبال دلیلی اسـت. به‌طوریکه وقتی به این معنا دسـت یافت، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسانتر و حتی در مواقعی دلپذیرتر می‌شود. از طرفی روان‌درمانی وجودی افراد را متوجه آزادی وجودی خود در زندگی می‌کند که هر چند فرد با شـرایط اجتناب‌ناپذیری روبروست؛ اما آزادی این را دارد که افکارش را نسبت به محدودیت و رنج موجود تغییر دهد و تسلیم شرایط محض نشود. نتایج این تحقیق بیانگر این است که روان‌درمانی وجودی با تاکید بر پذیرش رنج به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر هر فرد، در این دنیا، آزادی انتخاب در شرایطی که انتخاب بین گزینه‌ای مطلوب نیسـت بلکه انتخاب بین گزینه‌های نامطلوب می‌باشـد را مهیا می‌کند. در نتیجه فرد شـجاعانه دسـت به انتخاب می‌زند و مسـئولیت انتخـاب خویش را می‌پذیرد و امیـدواری، صبر، اراده، جراتمندی و مهمتر از همـه تاب‌آوری او در برابر

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

مشـکلات افزایش پیـدا می‌کند.(۲۷) از تاثیرات دیگـر روان‌درمانی وجودی این اسـت که با ایجاد تغییرات عمیـق در بینش مددجویان نسـبت به زندگی و معنا بخشـیدن به زندگی باعث می‌شود که ایشان هدفی برای خود برگزینند، از فرصت‌های خود لذت بیشـتری ببرند و از زندگی رضایت بیشتری داشته باشند. همچنین به افراد کمک می‌کند که با اعتقاد به آزادی اراده و مسئولیت خویش در برابر زندگی به دنبال ایجاد شرایط بهتر برای زندگی خویش باشند.(۳۹) به دنبال فرآیند این درمان در گروه، فرد به این آگاهی دست می‌یابد که هر چند نمی‌توان شـرایط واقعی زندگی را تغییـر داد، اما می‌توان روش‌هـای مقابله با آن را تغییـر داد و از ناامیـدی و بی‌حاصلی کـه از مولفه‌های فقدان بهزیسـتی و سلامت روانی است، به سمت شـکوفایی و تعالی فردیت خویشـتن از طریق معنادادن به چگونگی خویشتن، حرکت کرد.(۴۰) از ویژگی‌هـای بـارز رویکرد وجـودی می‌توان گفت یافتـن معنا و هدف غایی زندگی است که باعث می‌شود انسان از احساس پوچی و سـردرگمی نجات پیدا کند، به آرامش یافتن انسان کمک کرده، او را از اسـارت در تشـویش‌های روانی رها می‌کند و سبب سلامت روان و بهزیستی فرد می‌شود. در سراسر فرآیند درمان گروه به شناخت و بررسی این مسائل، دغدغه‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه افراد به خود و زندگی و تغییر این دیدگاه پرداخت، زیرا این شیوه به افراد گروه که دچار ناکارآمدی در روابط و کارکرد اجتماعی هستند، کمک می‌کند تا از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و خلق ارزش‌های تازه، ارزش‌های فعلی خود را تغییر داده و ارزش‌های متناسب با موقعیت خود را ایجاد کنند. بدین سبب، بارزترین ویژگی این رویکرد، تاکید بر رابطه درمانی و نقش آن در ایجاد، تغییر در مراجع است.(۴۱و۴۲)

نتایج این پژوهش همچنین نشـان می‌دهد که روان‌درمانی وجودی توانسته است به‌طور معناداری تحمل آشفتگی معلولین جسمی‌حرکتی را افزایش دهـد. نتایج پژوهش یافته‌های پژوهـش حاضر با یافته‌های رضایـی(۲۴) و رضایی و همـکاران(۲۷) که دریافتنـد روان‌درمانی وجودی می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری شود؛ و همچنین یافته‌های قمـری گیوی و همکاران(۲۸) که نشـان دادند که درمان شـناختی-رفتاری بر بهبود تحمل آشـفتگی نوجوانان موثر می‌باشـد، همخوانی دارد. شـریعتمداری و غروی(۳) در مقایسـه تحریف شـناختی افراد دارای معلولیت جسـمی‌حرکتی با تحمل پریشـانی پایین و بالا نشـان دادند که افراد دارای معلولیت جسـمی‌حرکتی با تحمل پریشانی پایین از تحریف شـناختی بیشـتری اسـتفاده می‌کنند. از نظر لینهان(۱۵) از آنجـا که درد و پریشـانی را نمی‌توان به‌طـور کامل حذف کرد یا از آن اجتناب کرد، توانایی پذیـرش واقعیت تغییر ناپذیر، خود منجر به کاهـش درد و رنج می‌گردد؛ بنابراین اگر به‌جای رویارویی با واقعیت تغییر ناپذیر و پذیرش آن، معلولان جسمی‌حرکتی به شیوه‌های انکار و تحریف شـناختی متوسل شوند، تحمل درد و پریشـانی برای آنان سخت‌تر خواهد بود. یکی از اصول اساسـی رویکـرد وجودی، پذیرش درد و رنج در زندگی می‌باشد.(۱۹) افـرادی که توانایـی تحمل بالایـی در برابر تجربه آشفتگی داشـته و به راحتی می‌توانند احساسـات آشـفتگی و درماندگی خود را جـذب و هضـم نمایند و همچنیـن افرادی کـه هنگام تجربـه عاطفه منفی بـه احتمال کمتـری به رفتارهـای تکانـه‌ای می‌پردازند یعنی اضطراب منفی پایینـی دارند. توانایی پایین بـرای تحمل عاطفه منفـی و احتمال بالای بروز رفتارهای تکانه‌ای باعث می‌شود این افـراد برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسـالمی روی بیاروند وقتی فرد به این نتیجه می‌رسـد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسـانتر می‌شـود و زندگـی را بـا تمام شـرایط آن می‌پذیرد. برگزاری جلسات گروهی با رویکرد وجودی باعث شـد که معلولین با پذیرش مسـئولیت، کنترل اوضاع را در دسـت گرفته و احساس این که همـه چیز از بیرون کنترل می‌شـود جای خـود را به کنترل درونـی دهد و تنها در این صورت اسـت که افـراد می‌توانند بر زندگی خود و همچنین پریشـانی‌های روانی ناشـی از ناتوانی جسـمی خود، مسلط شوند و برای زندگی و آینده امیدوار شـوند.(۴۳) با ایـن نتایج می‌توان گفت پروتکل درمانی، توانسـته اسـت تغییر مثبت و معنی‌داری را در افزایش تحمل آشـفتگی گروه آزمایش ایجاد کند. بر اساس این رویکرد، فناپذیری و گـذرا بودن، نه تنهـا از ویژگی‌های اصلی زندگی اسـت، بلکه عامل کلیـدی معنا دار آن نیـز به‌شـمار می‌رود. بـه دنبـال فرآیند گـروه، فرد بـه این آگاهی دسـت می‌یابد کـه هرچند نمی‌توان شـرایط واقعی زندگی را تغییـر داد، اما می‌توان روش‌های مقابله با آن را تغییـر داد و از ناامیـدی و بی‌حاصلی

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

که از مولفه‌های فقدان سلامت روانی است، به سمت شکوفایی و تعالی فردیت خویشتن از طریق معنادادن به چگونگی خویشتن، حرکت کرد.

بنابراین، اگر شخص در موقعیتی قرار گیرد که نتواند شرایط را تغییر دهد، می‌تواند نگرش خود نسبت به وضعیت را تغییر دهد که این کار نوعی متعالی کردن خود از ره‌گذر معنایابی است؛ به‌خصوص هنگامی که رنج کشیدن اجتناب ناپذیر باشد. با کمک به افراد برای شناخت مسئولیت خویش در قبال زندگی و اتخاذ معنایی ارزشمند، نگرانی و عوامل کاهش دهنده سلامت روانی رنگ می‌بازند و به افراد کمکی می‌شود تا از طریق منابع مهم یافتن معنا، مانند کارکردن، کمک به دیگران و عشق ورزیدن به دیگران، احساس مفید بودن کنند.(۴۴) در مجموع می‌توان گفت این درمان به فرد می‌آموزد خودش مسئول اعمالش است و تحت شرایط سخت نیز با قبول مسئولیت زندگی خود، مفهومی از کنترل و لیاقت به‌دست آورده و در پاسخ به موقعیت پیش آمده معنا را کشف کند. از ویژگی‌های قابل تأمل رویکرد وجودی، تطابق و نزدیکی نوع نگاه آن به ماهیت انسان با نوع ارزش‌های جاری در کشور ماست. وجود این شباهت و تطابق، درک مفاهیم اصلی این رویکرد را برای آزمودنی‌ها تسهیل کرده بود که این مهم فرآیند ایجاد تغییر در نوع نگرش و جهان‌بینی افراد را که نزدیکی تنگاتنگی با احساس یکنواختی، پریشانی، سردرگمی و اضطراب دارند، تسهیل می‌کند.

منابع

References:

1. Kamali M, Iran F. (2003). The review on rights of disabled children (Text in Persian). Social Welfare Quarterly. 7(2): 93-110.(Persian)
2. Karimi Darmani HR. (2014). Rehabilitation of particular groups (with emphasis on social services. Tehran: Growth.(Persian)
3. Shariatmadar A , Gharavi Z. (2015). Comparison of Cognitive Distortions in Individuals with Physical-Movement Handicap with High and Low Distress Tolerance. Research Consulting, 66(1): 40-55. .(Persian).
4. Sokhangho Y. (2012). Classification guide veterans and disabled athletes involved in weightlifting Publishers: book early , and Disabled Veterans Federation of the Islamic Republic of Iran. (Persian).
5. Heydaripoor M, Mashhadi A, Asghari Nekah M.S. (2012). Relationship between Personalit Characteristics, Emotional Intelligence and Quality of Life with Mental Health of People with Disabilities. Journal of Research in Rehabilitation Sciences. 8(3): 571-581.(Persian)
6. Bagherpour, S. (2007). Parenting Styles relationship with mental health and academic success. thesis of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tehran University. (Persian).
7. Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? Psychological science, 6(1), 10-19.
8. Alam S., & Rizvi, K. (2012). Psychological well-being among bank employees. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 38(2), 242-247.
9. Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). 11 Personality and Subjective Well-Being. Well-being: Foundations of hedonic psychology, 213.
10. Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. Annuary of Clinical and Health Psychology, 5, 15-27.
11. Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. Journal of happiness studies, 9(3), 449-469.
12. Moradi, A., Kalantari, M., & Motamedi, M. (2007). Relationship between demographic variables and mental health in physical disables of Isfahan. Knowledge and research in applied psychology, 9(31), 83-100.
13. Simons J, Gaher RM. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion 2005; 29(2): 83˚102.
14. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. Current Directions in Psychological Science, 19(6), 406˚10.
15. Linehan, M.M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
16. Bornovalova MA, Gratz KL, Daughters SB, Hunt ED, CW, Lejuez CW. (2012). Initial RCT of a distress tol-erance treatment for individuals with substance use disorders. Drug Alcohol Depen,122, 70-76.
17. Laposa JM, Collimore K C, Hawley LL, Rector NA. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and in-tolerance of uncertainty. Journal of Anxiety Disor-ders 33, 8–14.
18. Vujanovic AA, Bernstein A, Litz BT. (2011). Traumatic stress. In: M J Zvolensky, Bernstein A, Vuja-

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]

novic A A,editors, Distress tolerance. New York: Guilford.
19. Nazari A, Zarghami S.(2009). Existential psychotherapy, individual and group therapy. Tehran: Pazineh Press; 66- 71.(Persian)
20. Udo, C., Melin-Johansson, C. H., Danielson, E. (2011). Existential Issues Among Health Care Staff in Surgical Cancer Care Discussions in Supervision Sessions. European Journal ofOncology Nursing 15, 447-453.
21. Deurzen EV. (2002). Existential counselling & psychotherapy in practice. London: Sage Publications; 30- 46.
22. Yalom I. Staring into Sun " Overcome the anxiety of death ". Translator: Vali P. Tehran: Iranban. 2011. (Persian).
23. Schneider, M. (2000). "Beacon in the storm: an explosion of the spirituality and faith of parents whose children have cancer". Journal of Comprehensive Pediatric Nursing. 29 (1), 3-24.
24. Rezaei Z. (2013). Effectiveness of Existential Psychotherapy in Increasing Increase the resilience of mothers of mentally retarded children. Master's thesis. Kharizmi Tehran University, Faculty of Psychology and Educational Sciences.(Persian)
25. Eskandari, M., Bahmani, B., Hasani, F., Shafi-Abadi, A., Hossien-Pour, A. H. (2013). Cognitive-Existential Group Therapy for Parents of Children withCancer.Iranian Rehabilitation Journal, 11(18), 1-5.
26. Khodadadisangdeh J, eatemadi A, kamousi A. Effect of Group of existence to improve mental health. Journal of Cognitive and Behavioral Sciences Research Journal, 2014; 2 (7): 119-130.(Persian)
27. Rezaei Z, jalili nikoo S, nejati nezhad N, ghasemi jobaneh R, nooryan K. Effectiveness of Existential Psychotherapy in Increasing the Resiliency of Infertile Women . Armaghane danesh. 2015; 20 (5) :453-459.(Persian)
28. Ghamari Kivi H, Sheikh al-Islami A, Adil Z. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral distress tolerance aggressive adolesc. Second National Conference on Sustainable Development in Psychology, Social and Cultural Studies, p3.(Persian)
29. Shekartbar Firouzjai Y. (2015). Effectiveness of Ellis cognitive-behavioral, emotional on psychological well-being in People with Disabilities, Thesis:Allameh Tabatabai University. (Persian).
30. Gomi, M. (2016). The effectiveness of Existential psychotherapy on psychological well-being and hope for mothers of children with cancer. Unpublished master's thesis. Family Tehran: Azad University.(Persian).
31. Kissane, D. W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D. M., ... & Snyder, R. D. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. Journal of Clinical Oncology, 22(21), 4255-4260.
32. Mumurdere, M. and Saks, K. (2006). The impact of negative affectivity on quality of life and relationship fulfillment in Estonia. Journal of Research in Personality, 39(3), 336-353.
33. Ryff CD. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology, 57(6), 1069.
34. Yeganeh T. The role of religious orientation in explaining hope and psychological well-being of women in breast cancer. Iranian Journal of Breast Diseases. 2013; 6(3): 56-47.(Persian)
35. Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Journal of personality and social psychology, 82(6), 1007.
36. Bayani, A. A., Koocheky, A. M., & Bayani, A. (2008). Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 14, 146-15.(Persian)
37. Alavi KH, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. (2011). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. Journal of Fundamentals of Mental Health Summer 2011, 2(50), 124-35.(Persian).
38. Li-Min Wu, Jiunn-Ming SH, Hsiu-Lan SH, Shu-Chen CH, & Chih-Cheng H. (2012). Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. Journal of Advanced Nursing: 10.1111/j.1365-2648. 06003.
39. Nazari AM, Yarahmadi H, Zahrakar K. (2013). The effect of Existential psychotherapy on marital satisfaction diabetes 2. KNOWLEDGE AND HEALTH, 2(9): 1-7.(Persian).
40. Yousefi N, Etemadi O, Bahrami B, Fatehizadeh MA, Ahmadi A, . Mavarani AA. (2009). Gestalt and Logo -Drmangry effectiveness in the treatment of anxiety, depression, aggression. Journal of Iranian Psychologists, 5(19): 32.(Persian).
41. Strang S. Spiritual/Existential Issues in Palliative Care. (2002). Thesis, Institute of Selected Clinical Sciences, Department of Oncology, Goeteborg University.
42. Wong, P., T. (2000). Meaning in Life and Meaning in Death in Successful Aging. Pennsylvania: Brunner/Mazel.
43. Corey G. (2015). Theory and practice of counseling and psychotherapy. Translator: Seid Mohammadi. Tehrn:Arasbaran.(Persian).
44. Sand, L., & Strang, P. (2006). Existential loneliness in a palliative home care setting. Journal of palliative medicine, 9(6), 1376-1387.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-09]