



Iron Academy of
Science and Technology

تعیین اثربخشی آموزش گروهی تکنیک های وجودی بر میزان کاهش افسردگی

زهرا نوروزی زرمهری

دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات استان البرز، دانشکده روانشناسی

مجله علمی تخصصی روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال دوم)

شماره ۲۴ / جلد ۱ / خرداد ۱۳۹۶ / ص ۱۲۳ - ۱۰۸

چکیده: هدف پژوهش حاضر عبارت است از بررسی اثربخشی درمان آموزش گروهی تکنیک های وجودی بر میزان افسردگی بیماران سرطانی بود پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی است که بر اساس طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل انجام گرفته است. جامعه آماری در این پژوهش شامل بیماران سرطانی زن شهر تهران می باشد. از تعداد ۵۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند، تعداد ۲۴ نفر بصورت تصادفی انتخاب شده و به گونه تصادفی در دو گروه ۱۲ قرار گرفتند؛ سپس بصورت تصادفی یک گروه برای مداخله انتخاب شد. ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه سلامت عمومی گلد برگ، پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI-II) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری مثل تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شده با توجه به تحلیل داده ها در مورد فرضیه ها نتایج زیر بدست آمد: رویکرد گشتاری در درمان افسردگی موثر بوده است.

کلید واژه ها: تکنیک های وجودی - افسردگی - بیماران سرطانی

مقدمه:

افسردگی رایج ترین اختلال روانی است که میزان آن در سال های اخیر افزایش یافته است. تقریباً در زندگی همه افراد روزهایی وجود دارد که احساس بی حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دلسردی، تنهایی و نارضایتی بر آنها چیره شده است که همگی از تجربه های رایج افسردگی به شمار می روند اما چیزی که موجب می شود چنین احساس هایی به صورت اختلال روانی متجلی شوند، نوع و تعداد نشانه ها، شدت، و مدت و هم چنین میزان آسیبی است که به جریان بهنجار زندگی روزمره وارد می شود. این احساس ها و شیوه ادراک آنها در قلمرو زندگی بهنجار و در زمینه تجربه آسیب شناختی، با مفهوم



افسردگی ارتباط یافته اند. افسردگی به عنوان شایع ترین علت شناخته شده ایجاد درد و رنج عاطفی در زندگی و علت کاهش قابل توجه کیفیت زندگی مطرح می شود (نوال^۱، ۲۰۱۰).

افسردگی یکی از رایج ترین مشکلات روانی بزرگسالان محسوب می شود. تحقیقات دقیق اجتماعی که درباره افسردگی انجام شده درصدد است تا میزان معنادار افسردگی بالینی را مشخص کند، این تحقیقات نشان می دهد که ۳ تا ۷ درصد جمعیت مردم به افسردگی مبتلا هستند و به طور تقریبی ۳ درصد از جمعیت مردم با کمک پزشکان امراض عمومی به درمان افسردگی اقدام می کنند، اما روان شناسان این چنین تصور می کنند که از کل افرادی که به عنوان افراد افسرده به پزشک عمومی مراجعه می کنند، نیمی از آن ها به عنوان بیمار افسرده به رسمیت شناخته نمی شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۳).

از جمله افرادی که از اختلال افسردگی رنج می برند افرادی هستند که مبتلا به سرطان می باشند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

یکی از واکنش های احتمالی و مخرب در مقابل پیش آگهی سرطان، افسردگی است. این واکنش ممکن است بلافاصله بعد از بیماری یا اندکی بعد از آن رخ دهد و افرادی که افسرده هستند دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی کنند و فرصتهای بهتر زندگی کردن در باقی مانده عمر را از دست می دهند (پارکر، بالی، دیموره و کوهن^۳، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان می دهد که احساسات روانی زیادی همراه با سرطان است که یکی از این احساسات و هیجانات افسردگی است که در ۳۰ درصد افراد مبتلا به سرطان مشاهده شده است. از این جهت افسردگی برای بیماران سرطانی زیانبار است چون مستلزم تسلیم در برابر بیماری است (پیرل^۴، ۲۰۱۴).

هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع محسوب نمی شود، بسیاری از مطالعات (نورتون؛ مون؛ رابین و همکاران^۵، ۲۰۱۴) در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده وی می شود. برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار و خانواده او، از قبیل احتمال بدشکلی، درد، فقدانهای مالی و اجتماعی، وابستگی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، مرگ و فرایند مردن و نیز رویداد واقعی برخی از این پدیده ها در زندگی بیماران است. مطالعه انجام شده بیانگر این است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، بطور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می برند (وندرفیفت^۶، ۲۰۱۱). شایعترین اختلال روانپزشکی در این بیماران، طبق مطالعات، اختلال انطباق دارای زیر گروه های

1. nuval

2. American Psychiatric Association

3. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen L.

4. Pirl WF

5. Norton TR, Monne SL, Rubin S, et al

6. Vanderkiefit GK.



عاطفی از قبیل اختلال انطباق همراه با اضطراب، همراه با افسردگی و همراه با اضطراب و افسردگی توأم است. دومین تشخیص روانپزشکی شایع در این بیماران، اختلال افسردگی اساسی بوده است (نورتون؛ مون؛ رابین و همکاران، ۲۰۱۴) سایر مطالعات نیز نشان داده اند که دو علامت و شکایت اصلی گریبانگیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب بوده است (نورتون، ۲۰۱۴؛ آکچی، ۲۰۱۵).

روان درمانگران جهت کاهش افسردگی از رویکردهای نظری مختلف روانشناسی نظیر درمان شناختی- رفتاری، معنادرمانی و درمان های رفتاری استفاده کرده اند (پور ابراهیم و رسولی، ۱۳۹۵؛ صولتی و مباشری، ۱۳۹۱). علاوه بر این درمان ها به نظر می رسد بتوان از مفاهیم درمان وجودی برای افزایش جرات ورزی و کاهش افسردگی سود جست.

درمانگران وجودی نگر به رابطه ی بین جسم، روان آگاهی و تجلی آن در رفتار بسیار اهمیت می دهند و یکپارچگی و تعادل روانی فرد را در سایه ی اتحاد کل وجود او می بینند (گلن^۱، ۲۰۱۵). درمان وجودی به وسیله پرز^۲، کامل شد بر رشد، خودآگاهی و محتوای خودآگاهی، یعنی بر آگاهی فرد از اتباط با خود، دیگران و جهان تأکید دارد (جویس^۳ و سیلز^۴، ۲۰۱۱). این نظریه بیشتر از چگونگی سوال می کند؛ به چرایی کاری ندارد؛ به تجربه های کنونی و اینجا و مفاهیمی مانند سد شدن آگاهی، برون فکنی بازگشت، یکی شدن، خود مسؤلیتی و خود نظم جویی توجه دارد. درمانگران پیرو این مکتب سعی می کنند توانایی خود را برای خود نظم دهی افزایش دهند (همان منبع).

با توجه به اینکه درمان وجودی در زمینه افراد بهنجار، تربیت گروههای حرفه ای در زمینه آگاهی، درمان افسردگی سالمندان در آسایشگاه ها و در مورد افراد مضطرب و مراکز مراقبت کودک به کار گرفته می شود (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۶) به نظر می رسد بتوان از مفاهیم و فنون این نظریه جهت کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سرطان هم بهره جست.

زال پور (۱۳۹۵) تحقیقی با هدف بررسی تاثیر گروه درمانی وجودی بر کاهش خشم، افسردگی و اضطراب نوجوانان پسر انجام داد یافته ها نشان داد که درمان وجودی بر کاهش میزان بیان خشم، افسردگی و اضطراب و افزایش کنترل برون ریزی تاثیر معنادار داشته است.

در پژوهشی که بهرامی، سودانی، و مهرابی زاده (۱۳۹۵) در با هدف بررسی اثربخشی درمان وجودی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی در زنان مطلقه انجام دادند نتایج نشان داد که درمان وجودی به شیوه گروهی باعث کاهش احساس تنهایی، و نیز افزایش عزت نفس زنان مطلقه ی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

^۱. Glenn H

^۲. Perls, F.

^۳. Joyce, F

^۴. Sills, S



در تحقیقی دیگر که آدام ریتا^۱ (۲۰۱۰) جهت اثربخش بودن مداخلات درمان وجودی و شناختی- رفتاری گروهی و مقایسه آن دو در میزان موثر بودن بر ابراز وجود و عزت نفس زنان دارای معلولیت جسمی انجام داد وی به این نتیجه دست یافت که درمان وجودی و شناختی- رفتاری هیچ کدام بر ابراز وجود و عزت نفس گروه مستقل تاثیر معناداری نداشته است و تفاوت معناداری نیز بین این دو درمان در میزان موثر بودن یافت نگردید. با مطالعه تحقیقات گذشته که اغلب آنها در خارج از کشور صورت گرفته است این نکته حاصل می شود که دو رویکرد درمان وجودی در بهبود به بسیاری از مسائل روانی تقریباً تاثیر گذار بوده است. اما از آنجاییکه در ایران تحقیقات محدودی در زمینه درمان وجودی بر نمونه بیماران سرطانی زن انجام شده است، محقق در این تحقیق قصد دارد میزان اثربخش بودن رویکرد درمان وجودی را بر متغیر افسردگی مورد آزمون و بررسی قرار دهد. به طور کلی سوالی که مطرح است با توجه به مواردی که بیماران سرطانی از افسردگی رنج می برند و اینکه درمان وجودی توانسته است افسردگی را در افراد و گروه های مختلف کاهش دهد لذا محقق به دنبال این است که آیا توسط درمان وجودی می توان افسردگی بیماران سرطانی را کاهش داد؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی است که بر اساس طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل انجام گرفته است. جامعه آماری در این پژوهش شامل بیماران سرطانی زن شهر تهران می باشد. از تعداد ۵۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند، تعداد ۲۴ نفر بصورت تصادفی انتخاب شده و به گونه تصادفی در دو گروه ۱۲ قرار گرفتند؛ سپس بصورت تصادفی یک گروه برای مداخله انتخاب شد.

پرسشنامه سلامت عمومی گلد برگ

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر^۲ در سال ۲۰۱۵ طراحی و تدوین شده است. سوال های آن براساس روش تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده ای اولیه استخراج گردیده است. پرسشنامه شامل ۲۸ سوال چهار گزینه ای است و دارای چهار مقیاس فرعی، که هر مقیاس ۷ سوال دارد. مقیاس ها عبارتند از: مقیاس علائم جسمانی^۳، مقیاس علائم اضطراب و اختلال خواب^۴، مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی^۵ و مقیاس علائم افسردگی^۶.

¹ . Adam Rita, C.S.

² - Goldberg & Hiller

³ - Somatic symptoms

⁴ - Anxiety And Sleep Disorder

⁵ - Social function

⁶ - Depression Symptoms



سؤالات پرسشنامه به صورت چهارگزینه‌ای و با طیف لیکرت طراحی شده‌اند. البته روش های متعددی برای نمره گذاری گزینه‌های این پرسشنامه مطرح شده است.

پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI-II):

آزمون BDI-II که در ۲۰۱۶مورد تجدید نظر قرار گرفت در حقیقت در واکنش به تغییراتی بود که در خصوص ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی عمده در DSM-IV صورت گرفته بود. در BDI-II بر خلاف BDI اصلی، از آزمودنی خواسته می شود چگونگی احساس خود را در دو هفته ی اخیر (ونه در یک هفته اخیر) بیان کنند. در BDI-II سوالاتی در مورد تصویر تن، خود بیمار انگاری و دشواری در کار کردن جایگزین شدند. همه سوالات به جز سه سوال از نظر جمله بندی و عبارات مورد باز نگری قرار گرفتند.

یافته ها:

آمار توصیفی مقایسه افسردگی و سلامت روان در دو گروه کنترل و آزمایش

جدول شاخص‌های آمار توصیفی خرده مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

خرده مقیاس ها	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	واریانس	انحراف خطای	خطای استاندارد
علائم جسمانی	24	0.00	16.00	14.75	9.16	2.76	0.49
اضطراب و اختلال خواب	24	0.00	18.00	15.05	10.77	2.84	0.50
کارکرد اجتماعی	24	1.00	20.00	۱۳/۲۳	8.28	2.36	0.43
افسردگی	24	0.00	14.00	42/17	12.37	3.52	0.45
سلامت عمومی	24	8.00	63.00	32.35	98.66	9.87	1.09
افسردگی بک	24	30.00	54.00	29.15	153.66	12.40	1.60



بر اساس اطلاعات گزارش شده در جدول بالا، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی به ترتیب برابر ۳۲/۳۵ و ۹/۸۷ و افسردگی بک ۲۹/۱۵ و ۱۲/۴۰ می باشد. به همین ترتیب شاخص های آماری خرده مقیاس های سلامت عمومی در جدول بالا گزارش شده است.

○ فرضیه: آموزش درمان وجودی بر میزان افسردگی بیماران سرطانی شرکت کننده در طرح موثر است.

نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه

$H_0: \rho = 0$ متغیر افسردگی در جامعه مورد پژوهش نرمال می باشد.

$H_1: \rho \neq 0$ متغیر افسردگی در جامعه مورد پژوهش نرمال نمی باشد .

جهت بررسی نرمال بودن متغیرها در جامعه، از آزمون کالموگروف- اسمیرنوف یک راهه استفاده شد. جهت تفسیر این آزمون به دو صورت می توان عمل کرد : راه اول : توجه به میزان ضریب Z کالموگروف- اسمیرنوف است . اگر این میزان بین ۱/۹۶ - تا ۱/۹۶+ قرار داشته باشد می توان رأی به نرمال بودن توزیع داد.

بر اساس نتایج درج شده در جدول و با توجه به سطح معناداری که بیشتر از آلفای ۰/۰۵ می باشد و مقدار کالموگروف - اسمیرنوف که بیشتر از ۰/۰۵ است پس می توان چنین استنباط کرد که توزیع متغیر افسردگی در جامعه نرمال است و فرض H_0 پذیرفته می شود.

تحلیل کواریانس تأثیر آموزش درمان وجودی بر افسردگی در گروه کنترل و گروه آزمایش

سطح معناداری	نسبت F	مجذور میانگین	درجه آزادی	جمع مجذورات	مدل تصحیح شده
۰/۰۰۰	۳۳/۲۵	۱۱۸۴/۱۱۶	۳	۳۵۵۲/۳۴	مدل تصحیح شده
۰/۰۲۳	۱/۹۰	۶۷/۸۷	۱	۶۷/۸۷	مدل جدا شده
۰/۰۰۰	۸/۵۲	۳۱۰/۱۴۷	۱	۳۱۰/۱۴۷	پیش آزمون



					استرس
۰/۰۱۷	۳/۵۵۷	۱۳۹/۲۱۴	۱	۱۳۹/۲۱۴	گروه
		۳۹/۱۴۲	۳۷	۱۴۴۸/۲۴۸	خطا
			۲۴	۲۴۱۲۵۲/۰۰۰	کل

با توجه به اینکه مقدار $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ و کوچکتر از $\alpha = ۰/۰۵$ میباشد یعنی آماره آزمون در ناحیه $H1$ قرار میگیرد، لذا فرضیه $H0$ رد میشود و $H1$ که همان ادعای محقق میباشد پذیرفته میگردد.

بین متغیر مستقل (آموزش نظریه انتخاب) و متغیر وابسته (افسردگی) رابطه معناداری وجود دارد ($\text{sig} = ۰/۰۱۷$) و کوچکتر از $\alpha = ۰/۰۵$ میباشد.

بین متغیر کمکی پیش آزمون (بعنوان متغیر تعدیل کننده) و متغیر وابسته (افسردگی) رابطه معنا داری وجود دارد. (مقدار $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ و کمتر از $\alpha = ۰/۰۵$) می باشد.

نتیجه آزمون تی مستقل برای بررسی تاثیر تحصیلات بر افسردگی

آزمون لیون برای تعیین برابری واریانس ها							آزمون تی برای برابری میانگین ها		تعیین برابری واریانس ها	
نمره F	معنی داری	نمره t	درجه آزادی	معنی داری	تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد	فاصله/۹۵	اطمینان		
۰/۲۲۴	۰/۶۳۴	۰/۱۶۸	۳۹	۰/۰۰۱	۱۳/۵۲	۶/۵۴	-۶.۶۳۴۸	۷۸۶/۷	تحصیلات	آزمون
									برابری	واریانس
									ها	تحولی



۷/۷۶۵ -۶.۷۴۱۱ ۶/۵۴ ۱۳/۵۲ ۰/۰۱۲ ۳۹ ۰/۱۶۸

آزمون

نابرابری واریانس
ها

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد عدد معنی داری در آزمون لوین بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد پس فرض برابری واریانس ها تأیید گشته و ردیف بالای جدول تحلیل می شود. با توجه به اینکه سطح معناداری ۰/۰۰۱ و از آلفای ۰/۰۱ کمتر می باشد پس تحصیلات در میزان درمان افسردگی موثر می باشد و با توجه به جدول آمار توصیفی باید گفت که چون میانگین افرادی که تحصیلات پایین دارند بیشتر است پس درمان وجودی افسردگی روی افراد با تحصیلات پایین کمتر موثر تر بوده است

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به نتایج مندرج در جدول بالا. چون مقدار (F) به دست آمده (۸/۵۲) در سطح $P < 0/05$ معنادار است فرضیه پژوهش تأیید می شود بنابراین فرض صفر رد و فرضیه پژوهشی تأیید می شود و با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه می گیریم اثر بخشی مداخله رویکرد درمان وجودی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی موثر بوده است، در تبیین فرضیه بالا می توان اشاره کرد که وقتی به مولفه های اصلی درمان وجودی یعنی آگاهی به زمان حال،

در تأیید فرضیه بالا پژوهش خاصی که بتواند بین تاثیر مداخله درمان وجودی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی شواهدی یافت نشدولی در پژوهش متشابه در این مورد می توان به یافته های زیر اشاره کرد که نتایج هماهنگ با نتایج پژوهش حاضر دارند.

چنانچه در بالا هم اشاره شد محمدی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان وجودی بر باورهای غیرمنطقی، افسردگی و میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه اصفهان، بین باورهای غیرمنطقی و عزت نفس رابطه معکوس یافت. وی در مقیاس های ضرورت تأیید دیگران انتظار بالا، تمایل به سرزنش، بی مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد و اجتناب از مشکلات تفاوتی معنادار پیدا کرد.



هزا لوس^۱ (۲۰۱۵) در تحقیقی به بررسی درمان وجودی بر برانگیختگی، خشم، مسئولیت پذیری بیماران سرطانی پرداخته، سه آزمون کامل روی آنها اجرا کرده، نتایج بدست آمده از این تحقیق نشان داد که درمان وجودی در مردان بیشتر در رابطه با خشم موثر است در حالیکه در زنان بیشتر با مسئولیت پذیری موثر است.

وهمچنین نتایجی که استادی (۱۳۹۴) بدست آورد حاکی از آن است که شناخت درمانی تاثیر قابل ملاحظه ای بر کاهش افسردگی بیماران افسردگی دارد.

- محمدی (۱۳۹۵) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه ی درمان وجودی بر کاهش پرخاشگری در دانش آموزان پسر دبیرستان های شهر قدس، به این نتایج دست یافت که ۱: مشاوره ی گروهی به شیوه ی درمان وجودی بر کاهش پرخاشگری موثر است. ۲: مشاوره ی گروهی به شیوه ی درمان وجودی بر کاهش تهاجم موثر است. ۳: مشاوره ی گروهی به شیوه ی وجودی بر کاهش خشم موثر است. ۴: مشاوره ی گروهی به شیوه ی وجودی بر کاهش کینه توزی موثر است.

- علی پور (۱۳۹۵) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی درمان وجودی در سازگاری دانش آموزان متوسطه عشایری، به این نتیجه دست یافت که درمان وجودی باعث افزایش سازگاری این دانش آموزان شده است.

- بهرامی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی درمان وجودی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی زنان مطلقه ی افسرده، به این نتیجه دست یافتند که درمان وجودی به شیوه ی گروهی باعث کاهش افسردگی، احساس تنهایی و نیز افزایش عزت نفس زنان مطلقه ی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

- یوسفی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی معنادرمانگری و وجودی درمانگری در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری دانشجویان، به این نتیجه دست یافتند که معنادرمانگری و وجودی درمانگری هر دو نشانه های پرخاشگری و اضطراب را کاهش دادند. کاهش نشانه ها در مرحله پیگیری نیز مشهود بود. معنادرمانگری و وجودی درمانگری در درمان اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری نداشتند، اما معنادرمانگری در درمان افسردگی موثرتر از وجودی درمانگری بود.

- در پژوهش دیگری که توسط یوسفی (۱۳۹۳) انجام شد، نتایج نشان داد که با استفاده از روش درمان وجودی و به ویژه معنادرمانی، می توان اضطراب مرگ، ناامیدی و عصبانیت را در بیماران سرطانی کاهش داد.

- عطاری و همکاران (بی تا) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی اثربخشی دو رویکرد مشاوره ای و روان درمانی یعنی درمان وجودی و معنادرمانی، در کاهش نشانگان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به

^۱ - Barton & Daly



مرکز مشاوره خانواده شهرستان سقز، به این نتیجه رسیدند که رویکرد درمان وجودی در کاهش نشانگان پرخاشگری، اضطراب و افسردگی همانند رویکرد معنادرمانی موثر است. به بیان دیگر هر دو رویکرد درمانی، اثر معناداری در کاهش نشانگان های روانی مذکور داشته اند.

در تحقیقات متعدد اثربخشی درمان وجودی بر متغیرهایی نظیر اضطراب، عزت نفس، پرخاشگری، ابراز وجود و نیز افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است که به طور مختصر در زیر به آنها اشاره ای می شود:

زال پور (۱۳۹۵) تحقیقی با هدف بررسی تاثیر گروه درمانی وجودی بر کاهش خشم نوجوانان پسر انجام داد نمونه این تحقیق ۱۹ نفر بودند که به صورت تصادفی در سه گروه، آزمایشی (۶ نفر)، کنترل بحث آزاد (دارو نما- ۷ نفر) و کنترل (۶ نفر) جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایشی در ۱۱ جلسه گروه درمانی با استفاده از دو تکنیک ارائه زندگی نامه در گروه و صدلی داغ شرکت کردند. یافته ها نشان داد که درمان وجودی بر کاهش میزان بیان خشم و افزایش کنترل برون ریزی تاثیر معنادار داشته است.

در پژوهشی که بهرامی، سودانی، و مهربانی زاده (۱۳۹۵) در با هدف بررسی اثربخشی درمان وجودی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی در زنان مطلقه انجام دادند نتایج نشان داد که درمان وجودی به شیوه گروهی باعث کاهش احساس تنهایی، و نیز افزایش عزت نفس زنان مطلقه ی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

در تحقیقی دیگر که آدام ریتا (۲۰۱۰) جهت اثربخش بودن مداخلات درمان وجودی و شناختی- رفتاری گروهی و مقایسه آن دو در میزان موثر بودن بر ابراز وجود و عزت نفس زنان دارای معلولیت جسمی انجام داد وی به این نتیجه دست یافت که درمان وجودی و شناختی- رفتاری هیچ کدام بر ابراز وجود و عزت نفس گروه مستقل تاثیر معناداری نداشته است و تفاوت معناداری نیز بین این دو درمان در میزان موثر بودن یافت نگردید.

- جاکوباس و ریلی^۱ (۲۰۱۵) در بررسی موردی ارزیابی اثر وجودی درمانگری در کاهش اضطراب و پرخاشگری نشان دادند که این روش در کاهش این نشانه ها اثر معنادار داشته است.

- شچتر^۲ (۲۰۱۵) با برگزاری کارگاه وجودی درمانگری جهت افزایش خودآگاهی و دلسوزی افراد، نشان داد که افزایش این دو مولفه موجب ایجاد عشق و امید و کاهش پرخاشگری در افراد می شود.

- دانا (۲۰۱۵)؛ به نقل از یوسفی و همکاران (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که درمانگری های کامل و متناوب مانند وجودی درمانگری، افسردگی و اضطراب را کاهش می دهند.

1 . Jacobus , j . , & Reilly , v

2 . Schechter



- ون رایت و دایس^۱ (۲۰۱۵) تحقیقی را جهت بررسی میزان موثر بودن درمان وجودی بر کودکان مبتلا به لکنت، انجام دادند. نتایج نشان داد که برنامه های وجودی به خوبی بر این کودکان موثر بوده است و آنها نسبت به رفتارهای خود آگاهی بیشتری پیدا کردند.

- در پژوهشی که برکنستاک، ژانت و دورتی^۲ (۲۰۱۶) انجام دادند، نتایج نشان می دهد که افزایش آگاهی (یکی از روش های وجودی درمانگری) با کاهش پرخاشگری همراه است.

- یانگ و لستر^۳ (۲۰۱۱) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که اگر مشاور به جای داشتن نقش منفعل، فعال باشد و به طور ساده ارتباطات کلامی و غیرکلامی مراجعان را منعکس نماید، درمان وجودی در کمک به مراجعان خودکشی گرا برای حل بحرانشان موثر می باشد.

- روزنر، بوتلر و دالدروپ^۴ (۲۰۱۰) در تحقیقی به منظور مقایسه درمان وجودی و شناخت درمانی در درمان افسردگی، ۳۸ بیمار دارای افسردگی شدید را در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند. ۲۱ نفر گروه آزمایش مورد درمان وجودی قرار گرفتند و ۱۷ نفر گروه کنترل مورد شناخت درمانی قرار گرفتند. پس از ۲۰ هفته آموزش و درمان به شیوه های یاد شده، نتایج نشان داد که تفاوتی معنادار میان درمان وجودی و شناخت درمانی در درمان افسردگی وجود ندارد و هر دوی آنها در درمان افسردگی به یک اندازه موثراند.

- دوتن (۲۰۱۵) به نقل از حاجی حسنی (۱۳۹۱) در تحقیق خود به این نتیجه دست یافت که درمان وجودی و شناختی - رفتاری بر ابراز وجود تاثیر معنادار داشته است.

- در پژوهشی که توسط پی ویو و گرین برگ^۵ (۲۰۱۵) انجام شد، افرادی که دارای مشکلات هیجانی حل نشده مانند آشفتگی های ناشی از پیوندهای بین فردی، کارهای ناتمام و احساس تنهایی برای پیوند با دیگران بودند، به دو گروه تقسیم شدند و گروه اول با راهکار صندلی خالی وجودی و گروه دوم با دارونما مورد درمان قرار گرفتند. پس از یکسال گروه درمانی، نتایج نشان داد که درمان وجودی برای بیماران، سودمندتر از درمان با دارونما بوده و این تاثیرها در طول دوره ی پیگیری هم پایدار باقی مانده است.

سرطان، یک بیماری است که تغییر تصور زندگی، تهدید به کاهش عملکرد فرد و تهدید به تغییرات ظاهری را موجب می شود. تشخیص سرطان باعث ایجاد بحران در زندگی فرد می شود. بیمار بایستی سعی کند سطح ناراحتی هیجانی خود را ضمن

- 1 . Vanriet , d . m & Diac , m
- 2 . Birkenstock , Jeannette & Dorothy
- 3 . Young & lester
- 4 . Rosner , Beutler & Daldrup
- 5 . Paivio & Greenberg



تصمیم گیریهای حیاتی برای درمان کنترل کند. نگرانیهای اصلی بیمار عبارتند از ترسهای ناشی از مرگ، وابستگی، بدشکل شدن، ناتوانی، طرد و قطع روابط، مسائل مالی. واکنشهای بیمار به وسیله عوامل روان شناختی و بین فردی تعدیل می شوند. عوامل مدیکال عبارتند از: محل تومور، علائم، سیر بیماری. عوامل روان شناختی شامل منش، توانایی تطابق، قدرت ایگو و مرحله تکاملی زندگی و اثرات و معنای سرطان در آن مرحله هستند. عوامل بین فردی مربوط به خانواده و حمایتی اجتماعی هستند.

بیماران ممکن است، اضطراب، غمگینی، ترس و خشم را تجربه کنند یا ممکن است بی حسی و کرخت شوند. گناه و مکانیزمهای مشترک در آن، نقش اصلی را بازی می کنند. از نظر شناختی بیماران ممکن است با حالت تهاجمی در جستجوی اطلاعات باشند، یا گیج و فلج یا ناتوان برای تمرکز حواس شوند. ممکن است شکایات بدنی زیاد شود و فعالیت روزانه، اشتها و خواب آشفته گردد. واکنشهای استرس حاد ممکن است شدید باشد ولی معمولاً متغیر و گذرا هستند. وقتی اختلال بیش از ۱۴-۱۰ روز طول بکشد باسیتی بیمار را از نظر وضعیت روانپزشکی ارزیابی کرد.

یک سوم از ما دچار سرطان می شویم. در حال حاضر تقریباً دو میلیون نفر از مردم بریتانیا تحت درمان سرطان هستند که این رقم بیش از یک بیست و پنجم جمعیت این کشور را تشکیل میدهد. اکثر این افراد دارای عمری طولانی هستند. امروزه طرز تفکر افراد نسبت به سرطان عوض شده است و سرطان یک موضوع ممنوع شده نیست. افراد در مورد تشخیص سرطان خود همانند تشخیص سایر بیماریها به راحتی می توانند صحبت کنند.

علاوه بر آن پیشرفت در علوم پزشکی تأثیر زیادی بر آینده افراد مبتلا به سرطان داشته است. با وجودی که خبرها همیشه امیدوار کننده نیست، اما وقتی وارد عصر جدید می شویم مشاهده می کنیم که بیماران سرطانی نسبت به سایر افراد (که بیماری آنها ترسناک تر از سرطان به نظر نمی رسد)، امیدوارانه تر زنگی خود را دنبال می کنند. امروزه کاملاً مشخص شده است که چه اتفاقی در سلول رخ میدهد که باعث سرطانی شدن آن می گردد و کشف این موارد مطمئناً منجر به ابداع روش های درمانی جدید و قاعدتاً پیشگیری از مشکلات رفتاری بعد از آن در آینده نزدیک خواهد شد.

از سوی دیگر باید آگاهی از اینکه که عوامل روانی نه تنها در ظهور سرطان مؤثرند بلکه ممکن است در درمان این اختلال نیز تأثیر داشته باشند. در حال حاضر محققان زیادی در حال بررسی این احتمال هستند که آیا ممکن است روان درمانگری راه مؤثری برای درمان سرطان باشد. این موضوع توسط سیمونتون و کارل مطالعه و توسعه داده شده است. آنان بیماران سرطانی را تشویق می کنند تا مانع دفاعی درون بدن خود را در حال حمله و بلعیدن سلولهای سرطانی تصور کنند. آنان معتقدند که از این طریق بیماران احساس کنترل خود بر بیماری را بهبود بخشیده و در نتیجه به یک تغییر روان شناختی که ممکن است منتهی به کنترل ایمن سازی شناختی واقعی علیه سرطان گردد نایل آیند. درمان وجودی می تواند با آموزش های خود به این گونه افراد کمک کند. در ذیل به نتایج برخی از پژوهش ها اشاره می شود:



کریمی (۱۳۹۱) و خیابوی (۱۳۹۶) در مورد تاثیر درمان وجودی بر عزت نفس شواهد خاصی پیدا کردند که مبتنی بر تاثیر گذاری رویکرد درمان وجودی بر افزایش اعتماد به نفس و کاهش اضطراب و افسردگی بیمارانی با اختلال قلبی بود.

ویسینک^۱ (۲۰۱۴)، استنبرگ و تانیسن^۲ (۲۰۱۵)، ترکان (۱۳۹۵)، عزیزی (۱۳۹۶)، کاتلین^۳ (۲۰۱۵) اسکات ولو^۴ (۲۰۱۲) در مورد تاثیر درمان وجودی بر سلامت روان بیماران سرطانی شواهد خاصی پیدا کردند که مبتنی بر تاثیر گذاری رویکرد درمان وجودی بر افزایش سلامت روان افراد مبتلا به سرطان می شود. هم چنین با توجه به نتایج تحقیق حاضر مبنی بر اثربخشی درمان بر اساس رویکرد درمان وجودی بر کاهش باورهای غیرمنطقی و افسردگی بیماران سرطانی می توان به این نتیجه رسید که این رویکرد می تواند تا حدی موجب کاهش باور های غیر منطقی بشود و افسردگی را کاهش دهد. شعار همیشگی پیشگیری بهتر از درمان است. با تغذیه سالم، ورزش، استفاده از هوای پاک، پرهیز از استرس های زندگی روزمره داشتن ارتباطات سالم اجتماعی، می توان تا حدی از بروز سرطان و عواقب روان شناختی پس از آن جلوگیری کرد. اهمیت دادن فرد به سلامت جسمانی و روانی خود و تشخیص به موقع بیماری و درمان منظم می تواند از بروز عوارض بعدی پیشگیری کند مسئولان حمایت و توجه بیشتری به این طیف از بیماران داشته باشند چه از نظر مالی و بیمه ای و چه از لحاظ رفتاری و اجتماعی.

خانواده بعد از اطلاع از وجود بیماری سرطان در فرد مبتلا، فرد را از خود طرد نکنند و با استفاده از روشهای مطلوب بهداشت روان فرد را بالا برده و نسبت به او حمایت های لازم را داشته باشند.

منابع فارسی:

۱- جورج، ریکی ال و کریستیانی، ترزاس (۱۳۹۴). روانشناسی مشاوره. مترجمین، رضا فلاحی و محسن حاجی لو. تهران: انتشارات رشد.

۲- فیروز بخت، مهرداد. (۱۳۹۳). ایس- پنجاه سال رفتار درمانی عقلانی هیجانی، تهران: نشر دانژه.

۳- پروچاسکا، جیمز لو و نورکراس، جان سی (۱۳۹۱). نظریه های روان درمانی. مترجم، یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات رشد.

¹ - wissink

² - Strenberg & Thunnissen

³ - Kathleen , M

⁴ - Scot & Lou



- ۴- رحیمیان، حوریه بانو (۱۳۹۵). نظریه‌ها و روش‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: انتشارات مهرداد.
- ۵- الیس، البرت و جیمز نال، ویلیام (۱۳۹۶). روانشناسی اهمالکاری غلبه بر تعلل ورزیدن، ترجمه، محمد علی فرجاد. تهران: انتشارات رشد.
- ۷- مهری نژاد، سید ابوالقاسم (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین اضطراب و افکار غیرمنطقی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- ۸- شارف، ریچارد اس (۱۳۹۱). نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره. مترجم، مهرداد فیروز بخت. تهران: انتشارات رسا.
- ۹- درآیدن، ویندی و یانکورا، جوزف (۱۳۹۰). مشاوره عقلانی-هیجانی-رفتاری. مترجمین، مظاهر رضاعی و نوشیروان خضری مقدم. تهران: انتشارات ارجمند.
- ۱۰- کلانتری خاندانی، صدیقه (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و تفاهم زناشویی در زنان دانشجوی رشته علوم انسانی دانشگاه تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.
- ۱۱- استادی، رضا (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین باورهای غیرمنطقی و عزت نفس در دانش‌آموزان پایه چهارم دبیرستان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- ۱۲- صولتی، سید کمال (۱۳۹۴). مقایسه میزان باورهای غیرمنطقی در اقدام کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) با افراد بهنجار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- ۱۳- کرمی، حسن (۱۳۹۱). بررسی میزان باورهای غیرمنطقی افت تحصیلی و امید به آینده در دانشجویان دانشگاه لرستان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- ۱۴- امینی خوئی، ناصر (۱۳۹۵). بررسی و مقایسه منبع کنترل، شیوه‌های مقابله‌ای و باورهای غیرمنطقی افراد ۴۰-۲۰ سال معتاد و عادی استان بوشهر و ارائه راهبردهایی جهت بازپروری معتادان، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- ۱۵- صادقی فر، مریم (۱۳۹۵). بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی در زنان مراجعه کننده به دادگاه‌های عمومی و زنان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

1-Sophia FD. DSM-IV-TR in Action. New Jersey: John Wiley & Sons;2010.

2- Hajjhasani M, Kiyani pour O. Study on active music therapy on assertiveness. Contemporary Psychology.2011;



- 1(5),261-262. Persian.
- 3-Gaddis S. Positive, assertive pushback for nurses. Iowa Nurse Reporter. 2017 ; 20(1):17-19.
- 4-Deltsidou A. Undergraduate nursing students' level of assertiveness in greece: a questionnaire survey. Nurse Educ Pract. 2015; 9 (5): 322-30.
- 5-Begley AM . On being a good nurse: Reflections on the past and preparing for the future. International Journal of Nursing Practice.2010;16(6):525-532
- 6-Kajander US, Salminen L, Saarikoski M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Competence areas of nursing students in Europe. Nurse Education Today.2013;33(6):525-632.
- 7-Pourjali F, Zarnaghash M. Relationships between assertiveness and the power of saying no with mental health among undergraduate student. Procedia Social and Behavioral Sciences .2010; 9: 139–141.
- 8-Meamarian R. The application concepts and theories in nursing. Tehran: Tarbeat Modares University; 2015. Persian.
- 9-Mohebi S, Sharifirad GHR, Shahsiah M, Botlani S,Matlabi M, Rezaeian M. The effect of assertiveness training on student's academic anxiety. Journal of Pak Med Assoc. 2012; 62(3):37-41.
- 10-Nevis EC. Gestalt therapy. Cambridge: Gestalt Press; 2015.
- 11-Clarkson P. Gestalt counseling in action. Los angeles: Sage; 2013.
- 12-Saatchi M, Kamkari K, Asgarean M. Psychiatric tests. Tehran:Verayesh; 2010.
- 13-Nazari I, Mohammadi M, Nazeri G. Effectiveness of Gestalt therapy on Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms on veterans of Yasuj city. Armaghane danesh. 2014; 19 (4) :295-304 . Persian.
- 14-Hemmati M, Taghipour H, Hadi Asgari M. Investigation of Relationship between Self-Esteem and Assertiveness and Employees' Performance in National Iranian Bank Branches in Tonekabon city. Journal of Applied Environmental and Biological Sciences. 2014;4(4):182-187. Persian.
- 15-Haji hasani M, Etemadi A, Areean KH. Effectiveness of Gestalt therapy and Cognitive-behaviors therapy on assertiveness on boy student. Journal of Researches of cognitive – behavioral science.2012;2(3):1-16. Persian.
- 16-Denise M, Ginzburg C B, Volkmar H, Florian W, David M C, Ulrich S. Treatment specific competence predicts outcome in cognitive therapy for social anxiety disorder.Journal of Behavior Research and Therapy.2012; 50(12) :747–752.
- 17-Jacobus J, Reilly V. Students evaluate Carle Rogers and Perl's relationship with Gloria: A brief report. The Journal of Humanistic Psychology. 2015; 48:32-43.

www.ISEAS.ir

پایگاه استنادی ملی مقالات دانشگاهی ایران

www.Listjournal.ir

پایگاه استنادی ملی مجلات دانشگاهی ایران

www.ConferenceList.ir

پایگاه استنادی ملی کنفرانس های دانشگاهی ایران



- 18-Vail S, Xenakis. Empowering women with chronic, physical disabilities: A pedagogical/experiential group model. *Social Work in Health Care*.2017; 46: 67.
- 19-Adamrita CS. The effects of gestalt and cognitivebehavioral therapy group intervention on the assertiveness and self –steam of women with physical disabilities facing abuse [PhD Dissertation]. USA: Wayne State University;2010.
- 20-Lau W, Chan C. Effectiveness of group cognitivebehavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behavior Research and Therapy*.2010; 48(11):1067.