

اثر بخشی گروه درمانی وجودی بر بهبود سلامت روان دانشجویان

جواد خدادادی سنگده^۱، احمد اعتمادی^۲، عزالدین علوی کاموسی^{۳*}

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تربیت معلم، تهران، ایران

khodadadi@khu.ac.ir

۲- دانشیار مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

ahmad_etemadi@atu.ac.ir

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

alavi@atu.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر افزایش سلامت روان دانشجویان صورت گرفت. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از تمامی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تربیت معلم تهران بود که از بین آن‌ها ۲۰ نفر به‌طور داوطلبانه انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ28) استفاده گردید. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در فرایند گروه درمانی وجودی شرکت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان وجودی به شیوه گروهی در افزایش سلامت روان دانشجویان مؤثر است ($P < 0/05$). پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تاثیر درمان وجودی به شیوه گروهی بر علائم جسمانی بررسی و فرضیه اول پژوهش تایید شد ($F(1,18) = 7/324, p < 0/012$). در مرحله بعد اثربخشی درمان وجودی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و بی‌خوابی دانشجویان بررسی و فرضیه فرعی دوم پژوهش تایید شد ($F(1,18) = 13/18, p < 0/01$). سپس اثربخشی درمان وجودی بر بهبود عملکرد اجتماعی دانشجویان بررسی و فرضیه فرعی سوم پژوهش هم تایید شد ($F(1,18) = 19/322, p < 0/001$). و در نهایت، تاثیر درمان وجودی به شیوه گروهی بر فرضیه فرعی چهارم، کاهش افسردگی دانشجویان بررسی شد و نتایج این فرضیه را تایید کرد ($F(1,18) = 11/14, p < 0/05$). لذا، استفاده از این روش گروه درمانی برای ارتقای سلامت روانی دانشجویان مؤثر توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان وجودی، گروه درمانی، سلامت روانی.

مقدمه

توجه به سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد، از جمله مهم‌ترین موضوع‌های مطرح در روان‌شناسی مثبت‌نگر است (اسکالاک و همکاران^۱، ۲۰۰۲). این رویکرد بر افزایش توانایی‌ها و فضیلت‌های انسانی تأکید دارد، زندگی را ارزشمند ساخته و این امکان را برای افراد و جوامع فراهم می‌آورد که به موفقیت دست یابند (سلیگمن و سیکزنتمیهایلی^۲، ۲۰۰۰).

پیشرفت علم، صنعتی شدن و گسترش روزافزون اطلاعات از یک سو، شرایط زندگی را تسهیل کرده و از سوی دیگر دگرگونی‌های سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی‌های زندگی امروزی، سلامت، بهداشت و آرامش را تهدید می‌کند و آسیب‌پذیری انسان‌ها را افزایش داده است، از این رو، رویکردهای حوزه سلامت بر فرآیندهای مثبت و توانایی‌های افراد تأکید دارد، و به درمانگران توصیه می‌کند که به فرآیندهای مثبت مراجعان‌شان که کم و به ندرت در زندگی‌شان جریان دارد، توجه کنند (سلیگمن، رشید، پارکز، ۲۰۰۶). عوامل زیادی، چون: مراقبت بهداشتی، ازدواج، خانواده، دوستان، محیط کار و شغلی، اوقات فراغت، ایمان شخصی، استرس و امیدواری با سلامت روانی در ارتباط است (بلوول^۳، ۲۰۰۳؛ و اسمیت^۴، ۲۰۰۷) و در عین حال، جدایی و دوری طولانی مدت از خانواده به عنوان یک عامل فشارزا موجب به خطر افتادن سلامت روانی افراد می‌گردد (مک دید و همکاران، ۲۰۰۷).

فعالیت‌های تحصیلی و دانشجویی از عوامل تنش‌زایی است که می‌تواند بر ابعاد گوناگون کیفیت زندگی و سلامت روانی فرد تاثیر بگذارد. این فعالیت‌ها فرد را به تماس با مکان‌ها، افراد و فرهنگ‌های دیگر وادار می‌سازد و مشکلاتی به وجود می‌آورند که کاهش سلامت روانی را در پی دارند (مهدوی‌حاجی، ۱۳۸۹). ترک خانواده، دوستان و فرهنگ به دنبال ادامه تحصیل در مکانی خارج از محل زندگی اصلی شرایطی را تشکیل می‌دهد که وضعیت روانی و عاطفی جدید، ساختن شبکه‌ای از ارتباطات اجتماعی، سازگاری با فرهنگ و افراد جدید و تقاضاهای محیطی، احساس غمگینی و غربت از نتایج طبیعی آن است (کگال^۵، ۲۰۰۹).

سلامت روان حالت موفقیت‌آمیز یک کنش روانی است که نتایج فعالیت‌های ثمربخش، روابط رضایت‌بخش با دیگران، توانایی سازگاری با تغییرات و کنار آمدن با ناملایمات است. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). جوانان به علت عدم برخورداری از آینده‌ای روشن، نگرانی از وضعیت شغلی و تشکیل رابطه زوجی و تنش‌ها و فشارهای روانی محیط، به نظر می‌رسد بیش از سایر افراد جامعه با کاهش سلامت روانی خود مواجه باشند (سلطانیان و همکاران، ۱۳۸۳) و به علت آسیب‌پذیری بالا در معرض خطر روزافزون مشکلاتی، همچون: افسردگی، اضطراب، خودکشی، بزهکاری و سوء مصرف مواد قرار دارند (سپهرمنش و همکاران، ۱۳۸۳).

¹ Schalok & etal

² Seligman & Csikszentmihalyi

³ Bluvol

⁴ Smith

⁵ Kegal

رویکرد وجودی در حوزه روان‌شناسی به‌عنوان وضعیتی مشترک برای همه افراد بدون توجه به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق و محوری همچون: تنهایی، بی‌معنایی، مرگ و آزادی می‌پردازد (ادو و همکاران^۴، ۲۰۱۱). این رویکرد به‌جای تاکید بر بهبود بیماری یا به‌کارگیری مطلق تکنیک‌های حل مسأله برای تکلیف دشوار زندگی اصیل، بر درک آزادی، مسؤولیت و ابراز صادقانه خویش تمرکز دارد. این رویکرد گروهی رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی؛ یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی که در وجود انسان ریشه دارند، تاکید دارد (نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸؛ کورسینی، ۲۰۰۸).

هدف اصلی گروه‌درمانی وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است؛ یعنی به اعضا کمک می‌کند تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباطی واقعی و صادقانه برقرار کنند و در واقع، به‌جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تاکید دارد (اشنایدر و اینگرام^۵، ۲۰۰۰).

نوع نگرش و جهان‌بینی اگرچه می‌تواند بین بسیاری از افراد یا گروه‌ها مشترک باشد، اما از یک تعبیر و برداشت شخصی حاصل می‌شود. این جهان‌بینی عمدتاً به عنوان چارچوب فکری و برداشت فرد از نوع انسان، دنیا و زندگی تعریف می‌شود که می‌تواند از علم، مذهب، فلسفه و حتی باورهای حاصل از تجارب فردی، نشأت بگیرد (وستمن و همکاران، ۲۰۰۶).

با این حال، از موضوع‌های حایز اهمیت در ارتقای سلامت روان توجه به رویکردهای گروهی است. افزایش کیفیت زندگی افراد در چارچوب گروه‌درمانی امکان‌پذیر است (فریش^۱، ۱۳۸۹). گروه‌درمانی فعالیتی است برای افزایش آگاهی افراد از خودشان و دیگران و کمک به آن‌ها در برای روشن ساختن تغییراتی که در زندگی مایلند بدان دست یابند (کوری، ۲۰۰۵).

گروه به افراد اجازه می‌دهد که ارزش‌هایشان را دوباره بررسی و با ارزش‌های دیگران در گروه مقایسه کنند. فرد در گروه با آگاهی یافتن از این‌که او تنها کسی نیست که دچار مشکلاتی است، عزت‌نفس پیدا می‌کند و از طریق تشخیص توانایشان مبنی براین‌که به حال دیگران سودمند است، احساس توانمندی می‌کند. (می و یالوم^۲، ۲۰۰۰).

ازجمله رویکردهای مؤثر گروه‌درمانی در زمینه بهبود سلامت روانی و غنی‌سازی زندگی افراد، گروه‌درمانی وجودی است (کوری و کوری، ۱۹۹۲؛ کوری، ۲۰۰۵) این نوع مشاوره گروهی ساختار مطلوبی برای کار روی مسائل وجودی مراجعان است که سؤال‌های عمیقی را درباره ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می‌کند و به‌جای سلب اختیار فرد، بر رابطه مراجع و درمانگر، مواجهه صادقانه، و تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه از سوی مراجع تاکید می‌کند (کورسینی^۳، ۲۰۰۸). کار درمانگر در این شیوه عمدتاً چالش منطقی و عقلانی با مراجع است تا سطح آگاهی و درک او از زندگی و مسائل آن را افزایش دهد (حسن‌آبادی، ۱۳۸۵).

^۴ Udo & etal
^۵ Snyder & Ingram

^۱ Frish
^۲ May & Yalom
^۳ Corsini

دانشجویان انجام شده است. بر این اساس، فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

فرضیه کلی

روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر میزان سلامت روانی دانشجویان تاثیر دارد.

فرضیه‌های فرعی

(۱) روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی علایم جسمانی دانشجویان را کاهش می‌دهد.

(۲) روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی اضطراب دانشجویان را کاهش می‌دهد.

(۳) روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی عملکرد اجتماعی دانشجویان را افزایش می‌دهد.

(۴) روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی افسردگی دانشجویان را کاهش می‌دهد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی است که در اجرای آن از طرح گروه کنترل نابرابر استفاده شده است. از هر دو گروه قبل از اعمال متغیر مستقل، پیش‌آزمون و یک هفته پس از پایان جلسات، پس‌آزمون گرفته شده است.

جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دختر و پسر بود که در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ در دانشگاه تربیت معلم تهران مشغول به تحصیل بودند. از بین دانشجویان داوطلب شرکت در جلسات گروه‌درمانی که پایین‌ترین نمره سلامت روانی را بر اساس مقیاس سلامت روانی داشتند، ۲۰ نفر دانشجو به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه کنترل (۱۰ نفر) و آزمایش (۱۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه (هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه) در جلسات درمان وجودی شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

مطالعات متنوعی اثربخشی این رویکرد را بررسی کرده‌اند؛ برای مثال، در پژوهشی وستمن و همکاران (۲۰۰۶) بر روی افراد دچار سرطان دریافتند که این رویکرد بیماران را برای معنابخشی به وضعیت خویش، بالارفتن کیفیت زندگی، ارزش دادن به خویشتن و اهمیت دادن به لحظات باقیمانده زندگی یاری می‌دهد و آن‌ها را برای روبه‌رو شدن با وضعیت‌های غیرقابل پیش‌بین آماده می‌سازد. در تحقیقی دیگر، سودانی و همکاران (۱۳۸۹) به بررسی تأثیر معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته پرداختند. نتایج پژوهش فوق حاکی از آن بود که اثر بخشی معنادرمانی بر میزان احساس تنهایی در معلمان مرد بازنشسته بود.

الکساندر و همکاران^۱ (۲۰۰۴) در مطالعه خود با عنوان «تاثیر گروه‌درمانی وجودی بر احساس خشم و برداشت منفی از خویشتن و افزایش رضایت از زندگی و سلامت روانی در گروهی از زنان که از سوی نزدیکان خود مورد سوء استفاده جنسی واقع شده بودند»، در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت معناداری را گزارش کردند. همچنین، ماردیو و ساکز^۲ (۲۰۰۶) در پژوهش خود رویکردهای معنویت و وجودی را در بهبود روابط، درک بهتر از خویش و برداشت از کیفیت زندگی بر روی زوجین دچار سوگ بررسی و تاثیر معنادار آن را گزارش کرده‌اند. بنابراین، با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت سلامت روانی دانشجویان به لحاظ فردی و اجتماعی و نقش کلیدی آن‌ها در تشکیل جامعه سالم، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان وجودی به شیوه گروهی بر سلامت روانی

^۱ Alexander & etal

^۲ Mumurdere & Saks

شرح مختصر جلسات گروه درمانی وجودی

جلسه اول	در این جلسه برای اولین بار گروه به طور رسمی فعالیت خود را شروع می‌کند. در جوی دوستانه گروه با همدیگر آشنا می‌شوند و با همکاری همدیگر شروع به تدوین قوانینی برای گروه می‌کنند. هدف از این جلسه آشنایی رهبر و اعضا با همدیگر و بیان قوانین و دلایل تشکیل گروه بود. در پایان این جلسه به عنوان تکلیف جلسه اول از هر یک از اعضا خواسته شد تا در برگه‌ای مخصوص، ویژگی‌ها و خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص کنند.
جلسه دوم	در ابتدا به مرور اجمالی جلسه اول، بررسی تکلیف ارائه شده، به چالش کشاندن پاسخ اعضا به سؤال "من چه کسی هستم؟" پرداخته شد و پس از آن مفهوم خودآگاهی در گروه مورد بحث و بررسی قرار گرفت. هر یک از اعضا نظرهای خود را درباره آن بیان کردند و از دیدگاه وجودی خودآگاهی بررسی شد. و سرانجام تکلیفی متناسب با بحث جلسه به اعضا ارائه شد.
جلسه سوم	پرداختن به تکلیف و مباحث جلسه قبل، اجرای فن "خط عمر" توسط همه اعضا و گفتگو درباره آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط رهبر، جمع‌بندی و ارائه تکلیف. از اعضا خواسته شد برای جلسه آینده از دید پدیدارشناختی خود، توصیفی از ویژگی‌های مرگ را بیان بکنند.
جلسه چهارم	مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل، بررسی تجارب اعضاء درباره فقدان و سوگ و ارائه بازخورد، مواجهه تجسمی اعضاء با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط رهبر گروه و مشارکت اعضاء، خلاصه کردن و جمع‌بندی جلسه. تکلیف این جلسه برای جلسه آینده این بود که از هر یک از اعضا خواسته شد تا اعلامیه‌ی فوتی را از مرگ خود یا مرگ هر کسی که نسبت به آن بسیار زیاد حساس هستند برای هفته‌ی آینده طراحی کنند.
جلسه پنجم	مرور جلسه گذشته، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت‌ها، بررسی تجارب اعضاء در مورد موقعیت‌های چالش برانگیز آزادی در انتخاب؛ تشریح ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط رهبر و دادن تکلیف مرتبط با جلسه.
جلسه ششم	بررسی تکلیف داده شده؛ بررسی پاسخ اعضاء به سوال‌های "آیا من انسان تنهایی هستم؟" و "آیا تنهایی رنج‌آور است؟" و به چالش کشاندن آن‌ها؛ تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط رهبر؛ جمع‌بندی و ارائه تکلیف به اعضاء.
جلسه هفتم و هشتم	بررسی تکلیف ارائه شده؛ بررسی پاسخ اعضاء به سوال‌های "آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟" و "من برای چه زندگی می‌کنم؟"، بحث درباره آن‌ها و ارائه بازخورد؛ پرداختن به تجارب اعضاء درباره احساس پوچی و بیهودگی؛ جمع‌بندی مباحث جلسه.
جلسه نهم	اعضا در مورد مسائلی که می‌تواند بر افکار احساسات فرد مؤثر باشد، به گفتگو نشستند. از تصویرسازی ذهنی استفاده شد؛ به این ترتیب از اعضا خواسته شد تا یکی از موقعیت‌های موفقیت یا شکست خود را تصور کنند؛ چه کسی را مسؤول آن می‌دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ از این‌که مسؤولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند چه احساسی دارند؟ پرداختن به این مباحث و نتیجه‌گیری با کمک اعضا.
جلسه دهم	تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا؛ تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و بی‌معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان، و در انتها اختتام گروه.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ28)^۱

پرسشنامه سلامت عمومی یک ابزار ۲۸ سؤالی است که توسط گلدبرگ^۲ در سال ۱۹۷۱ تنظیم و به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شده است. این آزمون چهار خرده مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی را شامل می‌شود که هر خرده مقیاس دارای هفت سؤال است (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۸؛ به نقل از گلدبرگ، ۱۹۷۱).

پژوهش‌های مختلف روایی و پایایی مطلوبی را برای آن گزارش کرده‌اند. کامن، ویلسون و کالمن (۱۹۸۳) به نقل از فتحی‌آشتیانی، (۱۳۸۸) متوسط حساسیت پرسشنامه را برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن را برابر ۰/۸۲ (بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵) گزارش کرده‌اند.

به منظور تعیین اعتبار این پرسشنامه از سه روش بازآزمایی، دو نیمه‌سازی و ثبات درونی استفاده شده است. نتایج به دست آمده با روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌های علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بود.

به علاوه، نتایج به دست آمده با روش دو نیمه‌سازی برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای خرده آزمون‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود.

همچنین، نتایج به دست آمده برای سنجش ثبات درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای خرده آزمون‌ها به ترتیب

۰/۷۶، ۰/۸۴، ۰/۶۱ و ۰/۸۸ بود (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۸). در این پژوهش نیز پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ بررسی شد. ضریب پایایی ۰/۸۶ برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۷۲، ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۸۷ به ترتیب برای خرده مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی به دست آمد.

یافته‌ها

اطلاعات به دست آمده از بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش ۲۲/۰۸ و ۱/۴۷ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۳/۱۳ و ۱/۶۴ سال بود. در هر دو گروه سه نفر دانشجوی کارشناسی ارشد و هفت دانشجوی کارشناسی حضور داشتند.

همه دانشجویان مجرد و ساکن در خوابگاه دانشجویی بودند و وضعیت اقتصادی - اجتماعی آزمودنی‌ها همگی در سطح متوسط قرار داشت.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های گروه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۱) آورده شده است.

^۱ General Health Questionnaire

^۲ Goldberg

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های گروه‌ها

سلامت کلی	افسردگی	عملکرد اجتماعی	اضطراب و بی‌خوابی	علائم جسمانی	پیش‌آزمون	گروه کنترل
۳۰±۶/۷	۶/۵±۳/۲	۸/۶±۲/۴	۸/۴±۲/۸	۶/۵±۲/۲	پیش‌آزمون	گروه کنترل
۲۹±۵/۷	۶/۲±۱/۷	۸/۰±۲/۲	۷/۶±۳/۰	۶/۶±۱/۸	پس‌آزمون	
۳۳±۶/۱	۷/۸±۱/۸	۹/۳±۲/۹	۸/۱±۲/۹	۸/۰±۲/۸	پیش‌آزمون	گروه آزمایش
۱۹/۶±۳/۹	۵/۶±۲/۷	۴/۵±۱/۵	۴/۵±۱/۵	۵/۰±۱/۵	پس‌آزمون	

پس‌آزمون برقرار است. برای بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمره‌های پیش‌آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی و با توجه به نتایج حاصل این فرض نیز مورد تایید شد ($p > 0/05$, $F(1,18) = 2/389$) و می‌توان نتیجه گرفت که بین گروه‌ها و پیش‌آزمون در متغیر سلامت روان تعاملی وجود ندارد. جدول (۲) میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

در بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون، آزمون لون نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس نمره‌های سلامت روان در مرحله پس‌آزمون ($F(1,18) = 0/325, p > 0/05$) و چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی ($F(1,18) = 0/145, p > 0/05$)، اضطراب و بی‌خوابی ($F(1,18) = 0/150, p > 0/05$)، عملکرد اجتماعی ($F(1,18) = 0/167, p > 0/05$) و افسردگی ($F(1,18) = 0/315, p > 0/05$) در مرحله

جدول ۲. میانگین‌های تعدیل شده و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روانی در دو گروه آزمایش و کنترل

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه متغیر		
کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	انحراف معیار	میانگین	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه متغیر
۵/۸۹	۲۸/۸۰	۳/۴۹	۱۹/۶۷	۶/۷۰	۳۰	سلامت روان
۱/۸۵	۶/۶۳	۱/۵۶	۵	۲/۱۹	۶/۵۸	علائم جسمانی
۲/۰۶	۷/۰۸	۱/۴۶	۴/۵۳	۲/۶۶	۸/۴۰	اضطراب و بی‌خوابی
۲/۱۶	۸/۰۸	۱/۵۶	۴/۴۵	۲/۳۶	۸/۷۷	عملکرد اجتماعی
۱/۵۲	۷/۱۲	۲/۷۳	۵/۶۴	۳/۸۱	۷/۴۲	افسردگی

در ادامه برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس یک راه استفاده شد.

جدول ۳. تحلیل کواریانس یک راه برای بررسی سلامت روان در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	توان آزمون	اندازه اثر
سلامت روان	پیش‌آزمون	۳۱۵/۲۲۴	۱	۳۱۵/۲۲۴	۴۱/۸۴۱	۰/۰۰۱		
روان	گروه	۶۰۵/۹۸۷	۱	۶۰۵/۹۸۷	۷۹/۴۲۵	۰/۰۱۴	۰/۷۶	۰/۶۳۸

روان دانشجویان گردیده است. بر این اساس، فرضیه اصلی پژوهش تایید می‌شود. در ادامه، هر یک از ابعاد سلامت روان به‌طور جداگانه بررسی شده‌اند. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه برای بررسی ابعاد سلامت روان در جدول (۴) آمده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، فرضیه اصلی پژوهش، یعنی اثربخشی درمان وجودی به شیوه گروهی بر سلامت روان دانشجویان تایید شد ($F(1,18) = 79/425, p = 0/014$). بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود که گروه درمانی وجودی به شیوه گروهی موجب افزایش سلامت

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی ابعاد سلامت روان در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	توان آزمون	اندازه اثر
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۰/۹۳۷	۱	۱۰/۹۳۷	۴/۱۸۳	۰/۰۴۹		
	گروه	۱۹/۲۹۷	۱	۱۹/۲۹۷	۷/۳۲۴	۰/۰۱۲	۰/۵۴	۰/۵۱۲
اضطراب و بی‌خوابی	پیش‌آزمون	۴۳/۶۸۶	۱	۴۳/۶۸۶	۱۲/۵۱۳	۰/۰۰۲		
	گروه	۴۹/۱۱۴	۱	۴۹/۱۱۴	۱۳/۱۸۵	۰/۰۱	۰/۶۹	۰/۵۶۳
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۴/۰۵۶	۱	۱۴/۰۵۶	۴/۲۸۹	۰/۰۵۱		
	گروه	۶۸/۳۱۹	۱	۶۸/۳۱۹	۱۹/۳۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۶۴۸
افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۹۸۶	۱	۱/۹۸۶	۶/۲۸۲	۰/۰۰۱		
	گروه	۵/۳۰۴	۱	۵/۳۰۴	۱۱/۱۴	۰/۰۰۵	۰/۷۳	۰/۶۵۹

و در نهایت، تاثیر درمان وجودی به شیوه گروهی بر فرضیه فرعی ۴، کاهش افسردگی دانشجویان بررسی شد و نتایج حکایت از تایید این فرضیه داشت ($F(1,18) = 11/14, p = 0/05$). بنابراین، با توجه به این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که درمان وجودی به شیوه گروهی بر افزایش سلامت روانی و ابعاد آن مؤثر است.

در انتها، مقدار ایتا برای هر یک از مؤلفه‌ها محاسبه شد. مقدار ایتا برای مؤلفه علائم جسمانی برابر با ۳۲٪ است که نشان می‌دهد این مؤلفه ۳۲٪ از واریانس متغیر وابسته؛ یعنی سلامت روان را تبیین

در ادامه، بررسی اثر متغیر آزمایشی بر هر یک از ابعاد سلامت روان تحلیل شد. پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تاثیر درمان وجودی به شیوه گروهی بر علائم جسمانی بررسی و فرضیه ۱ پژوهش تایید شد ($F(1,18) = 7/324, p = 0/012$). در مرحله بعد، اثربخشی درمان وجودی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و بی‌خوابی دانشجویان بررسی و فرضیه فرعی ۲ پژوهش تایید شد ($F(1,18) = 13/18, p = 0/01$). سپس اثربخشی درمان وجودی بر بهبود عملکرد اجتماعی دانشجویان بررسی و فرضیه فرعی ۳ پژوهش هم تایید شد ($F(1,18) = 19/322, p = 0/001$).

همکاران (۱۳۹۰)، فخار (۱۳۸۷)، یوسفی و همکاران (۱۳۸۷) و حسن‌آبادی (۱۳۸۵) نشان‌دهنده اثر بخشی این رویکرد برای افزایش این توانایی، خودآگاهی و تعالی فردی است.

با توجه به نتایج به دست آمده، فرضیه‌های پژوهش حاضر که مبنی بر اثربخشی این رویکرد بر سلامت روان دانشجویان بود، تایید شد. بر اساس این رویکرد، شخص برخوردار از سلامت روانی از آزادی در انتخاب، پذیرش مسئولیت زندگی، زندگی با معنا و تسلط آگاهانه بر زندگی برخوردار است، از توجه به خودش فراتر می‌رود و توانایی ایثار و دریافت عشق را دارد که این عوامل به نوع نگرش و جهان‌بینی فرد و آگاهی از واقعیت‌های وجودی زندگی در هم تنیده است (کورسینی، ۲۰۰۸؛ محمدپور، ۱۳۸۵).

رویکرد وجودی تاکید دارد که فناپذیری و گذرا بودن، نه تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی است، بلکه عامل کلیدی معنا بودن آن نیز به شمار می‌رود. به دنبال فرایند گروه، فرد به این آگاهی دست می‌یابد که هر چند نمی‌توان شرایط واقعی زندگی را تغییر داد، اما می‌توان روش‌های مقابله با آن را تغییر داد و از ناامیدی و بی‌حاصلی که از مؤلفه‌های فقدان سلامت روانی است، به سمت شکوفایی و تعالی فردیت خویشتن از طریق معنادادن به چگونگی خویشتن، حرکت کرد. دانشجویان با چالش‌های جدیدی در رابطه با استقلال، تحصیلات، ارتباطات اجتماعی، مسائل مربوط به دور بودن از خانواده و دیگر زمینه‌ها مواجه می‌شوند که به وسیله یک محیط جدید به آنان تحمیل می‌شود. این تغییرات ممکن است به افزایش تنیدگی، شیوع مشکلات سازش‌یافتگی، افت سلامت

می‌کند. همچنین، مقدار ایتا برای مؤلفه اضطراب و بی‌خوابی برابر با ۴۵٪ است که این مقدار نشان می‌دهد که این مؤلفه ۴۵٪ از واریانس متغیر وابسته؛ یعنی سلامت روان را تبیین می‌کند. به همین صورت، مقدار ایتا برای مؤلفه عملکرد اجتماعی برابر با ۷۱٪ است که این مقدار نشان می‌دهد این مؤلفه ۷۱٪ از واریانس متغیر وابسته؛ یعنی سلامت روان را تبیین می‌کند. مقدار ایتا برای مؤلفه افسردگی برابر با ۲۵٪ است که این مقدار نیز نشان می‌دهد که این مؤلفه ۲۵٪ از واریانس متغیر وابسته؛ یعنی سلامت روان را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

افراد پاسخ‌های متفاوتی به شرایط ناگوار می‌دهند و هنگامی که با وضعیت‌هایی مواجه می‌شوند که بودن آن‌ها را تهدید می‌کند، مسائل وجودشان برانگیخته می‌شود و متمایل به گفتگو و پرداختن به آن هستند (ویلکینسون، ۲۰۰۸) و در واقع، جهان‌بینی‌های متفاوت، پاسخ به این نگرانی‌های وجودی است. جهان‌بینی نگرش اساسی زندگی است و به عنوان الگوی عمیق فردی از احساس امید، شادکامی، اطمینان، بدبینی و یا ناامیدی تعریف می‌شود (ادو و همکاران، ۲۰۱۱، استرنگ، ۲۰۰۲).

هسته اصلی رویکرد وجودی، این نگرش است که توانایی افراد برای سالم بودن و عملکرد مناسب کافی است و این توانایی می‌تواند آن‌ها را به سمت خودآگاهی و خوداندیشی حرکت دهد (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۶). نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با پژوهش‌های وستمن و همکاران (۲۰۰۶)، الکساندر و ویکتوریا (۲۰۰۴) ماردیو و ساکز (۲۰۰۶)، غفاری و

روانی و عملکرد کلی منجر شود (منصور و همکاران، ۱۳۸۸). در سراسر فرایند گروه به شناخت و بررسی این مسائل، دغدغه‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه افراد به خود و زندگی و تغییر این دیدگاه پرداخته شد، 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 جهان‌بینی 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 (استرنگ، ۲۰۰۲؛ و ونگ، ۲۰۰۰؛ کان، ۱۹۹۷).

یالوم و وینوگراد^۳ (۱۹۸۸) در به کارگیری درمان وجودی به شیوه گروهی در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان گزارش کردند که این رویکرد درمانی در بیماران سرطانی این جرأت را به وجود می‌آورد تا بتوانند درون خود را فاش سازند، مواردی را که در درونشان نهفته است با دیگران در میان بگذارند و احساساتشان درباره مرگ، دل‌شکستگی، ترس‌ها، نگرانی‌ها و تجارب دردناکی را که در تنهایی به ندرت می‌توانند بر آن‌ها فائق آیند، در گروه آشکار سازند. از عوامل آسیب و کاهش سلامت روانی، نداشتن معنا و هدف در زندگی و نپذیرفتن مسئولیت است.

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؛ به خصوص هنگامی که رنج کشیدن اجتناب‌ناپذیر باشد. با کمک به افراد برای شناخت مسئولیت خویش در قبال زندگی و اتخاذ معنایی ارزشمند، نگرانی و عوامل کاهش‌دهنده سلامت روانی رنگ می‌بازند و به افراد کمکی شود تا از طریق منابع مهم یافتن معنا، مانند: کارکردن، کمک به دیگران و عشق ورزیدن به دیگران، احساس مفید بودن کنند (ساند و استرانگ، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، هدف اصلی این رویکرد، یاری افراد برای بررسی چگونگی پاسخ‌دهی آن‌ها به سؤال‌های وجودی زندگی و تلاش برای بازبینی و اصلاح این پاسخ‌ها و در نتیجه افزایش آگاهی نسبت به خود است (کورسینی، ۲۰۰۸). با توجه به این‌که نوع دیدگاه و جهان‌بینی فرد ارتباط تنگاتنگی با سلامت روانی دارد و مبنای کیفیت زندگی افراد را آگاهی و شناخت ارزش‌ها تشکیل می‌دهد (وستمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ فریش، ۱۳۸۹)، انتظار تغییر و بهبود سلامت روانی از طریق این شیوه گروه‌درمانی منطقی به نظر می‌رسد.

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 فرایند ایجاد تغییر در نوع نگرش و جهان‌بینی افراد را که نزدیکی تنگاتنگی با احساس یکنواختی، افسردگی، سردرگمی و اضطراب دارد، تسهیل می‌کند.

پژوهش حاضر به علت فقدان دوره پیگیری برای ارزیابی میزان تداوم اثر درمانی با محدودیت

¹ Wong

² Kahn

³ Yalom & Vinograd

منابع

حسن آبادی، ح. (۱۳۸۵). مقایسه میزان اثربخشی سه روش گروه درمانی (عقلانی - عاطفی، وجودی - انسان‌گرایانه، معنوی - مذهبی) در افزایش عزت نفس زندانیان مرد زندان مرکزی مشهد. پایان‌نامه دکتری مشاوره. چاپ شده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم تهران.

سودانی، م؛ شجاعیان؛ م و نیسی، ع. (۱۳۸۹). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. مطالعات علوم شناختی و رفتاری، دانشگاه اصفهان، سال دوم، صص ۴۳-۵۴.

فتحی‌آشیانی، ع. (۱۳۸۸). آزمون‌های سلامت روان. تهران: بعثت.

فریش، م، بی. (۱۳۸۹). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. ترجمه اکرم خمسه. تهران: انتشارات ارجمند.

فخار، ف (۱۳۸۶). بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر افزایش سطح سلامت روان زنان سالمند. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. چاپ شده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم تهران.

نظری، ع. م و ضرغامی، س. (۱۳۸۸). روان‌درمانی وجودی: درمان فردی و گروهی. تهران: نشر پازینه.

نوابی‌نژاد، ش. (۱۳۸۶). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی. تهران: انتشارات سمت.

موسوی، ز. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده با سلامت روان دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد

روبه‌روست. از محدودیت‌های قابل توجه دیگر این پژوهش، عدم برخورداری گروه کنترل از جلسات مشاوره معمولی به منظور حذف اثر انتظار گروه‌درمانی است که به دلیل محدودیت وقت و امکانات میسر نبود.

همچنین، با توجه به این‌که در انتخاب نمونه پژوهش ملاک‌های خاصی مانند عدم تأهل لحاظ گردید، در تعمیم نتایج باید احتیاط صورت گیرد. علی‌رغم محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این نکات مورد توجه قرار گیرد و اثربخشی این شیوه گروه‌درمانی با سایر روش‌های گروهی و در جمعیت‌های مختلف مقایسه شود. این نوع وریکرد (وجودی) برای اعضا بسیار جذاب بود و این جذابیت از لحاظ مفاهیمی بود که به آن می‌پردازد. از جمله مهم‌ترین و چالش برانگیزترین این مفاهیم، موضوع مرگ بود که تعداد جلسات زیادی را به خود اختصاص می‌داد.

واکنش افراد، وقتی درباره مرگ بحث می‌شد، بسیار هیجانی بود. برای نمونه، وقتی از عضوی پرسیده می‌شد که نسبت به مرگ چگونه فکر می‌کند، جواب می‌داد که همیشه نگران این مسأله است. در این لحظه ترس تمام وجود اعضای گروه را می‌گرفت و برخی به شدت گریه می‌کردند، اما پس از گذشت چند جلسه بررسی این مورد و با مطرح کردن دیدگاه وجودی‌ها نسبت به مرگ و بحث بیشتر در مورد آن در گروه، در جلسات پایانی افرادی که زیاد نگران مرگ خود یا کنار آمدن با مرگ عزیزانشان بودند، اذعان می‌کردند که از میزان نگرانشان تا حدود زیادی کم شده و میزان تاب‌آوریشان بالاتر رفته است.

- relationship fulfillment in Estonia. *Journal of Research in Personality*, 39(3), 336-353.
- Schalok, R., L., Browns, I., and Cumins, R., A. (2002). Conceptualization Measurement, and Application of Quality of Life. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470.
- Seligman, M., E., P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology: An introduction*. *American Psychologist*, 55(1), 5-14 .
- Seligman, M., E., P., Rashid ,T., and Parks, A., C. (2006). *Positive Psychotherapy*. *American Psychologist*, 61 (1), 774-788 .
- Smith, A. E. (2007). Quality of Life: A Review. *Education and Aging*, 15(5), 419-435.
- Snyder, C., R., Ingram, R., E. (2000). *Handbook of Psychological Change*. 1st ed. NY: John Wiley and Sons.
- Strang, S. (2002). *Spiritual/Existential Issues in Palliative Care*. Thesis, Institute of Selected Clinical Sciences, Department of Oncology, Goeteborg University.
- Tomer, A. Eliason, G. Wong, P.T.P. (2008). *Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes.*, New York: Lawrence Erlbaum Associates
- Udo, C. Melin-Johansson, CH. Danielson, E. (2011). Existential Issues Among Health Care Staff in Surgical Cancer Care Discussions in Supervision Sessions. *European Journal of Oncology Nursing* 15: 447-453.
- Westmana, B. Bergenmarb, M. Anderssonc, L. (2006). Life, Illness and Death-Existential Reflections of a Swedish Sample of Patients who have Undergone Curative Treatment for Breast or Prostatic Cancer. *European Journal of Oncology Nursing*.10: 169-176.
- Wilkinson, S. Perry, R. Blanchard, K. Linsell, L. (2008). Effectiveness of a Three-day Communication Skills Course in Changing Nurses' Communication Skills with Cancer/Palliative Care Patients: A Randomised Controlled Trial. *Palliative Medicine* 22 (4), 365-375.
- Wong, P., T. (2000). *Meaning in Life and Meaning in Death in Successful Aging*. Pennsylvania: Brunner/Mazel.
- Yalom, I. D. and Vinograd, J. D. (1988). Bereavement group: Techniques and Themes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38:419-445.
- مشاوره، چاپ شده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- محمدپور، ا. ر. (۱۳۸۵). *ویکتور امیل فرانکل بنیانگذار معنا درمانی: فرادیدی بر روان‌شناسی و روان درمانی وجودی*. تهران: نشر دانژه.
- یوسفی، ن؛ اعتمادی، ع؛ بهرامی، ف؛ فاتحی‌زاده، م؛ احمدی، ا؛ ماورانی، ع؛ عیسی‌نژاد، ا؛ و بطلانی؛ س. (۱۳۸۸). اثربخشی معنادرمانگری و گشتالت-درمانگری در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، پنجم، شماره ۱۹، صص ۳۲-۴۳.
- Alexander, C. Robert, A. & Victoria, M. (2004). Group Therapy for Women Sexually Abused as Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 6 (2), 218-231.
- Bluvol, A. (2003). Quality of Life in Stroke Survivors and Their Spouses: Predictors and Clinical Implications for Rehabilitations Teams. *Axon*, 25, 383-391.
- Cohn, H., W. (1997). *Existential Thought and Therapeutic Practice*. 1st ed. London: Sage Publication.
- Corey, G., (2005). *Theories and Practice of Counseling and Psychotherapy* (7th ed). Brooks/ Cole.
- Corey, G., Corey, M. (1992). *Group Techniques*. 2nd ed. NY: Brooks/Cole.
- Corsini, R., J. (2003). *Current Psychotherapies*. 6TH ed. Itasca: Peacock.
- Corsini, R., J. (2008). *Handbook of Innovative Therapies*. 2nd ed. NY: John Wiley.
- Journal of Palliative Medicine 9 (6), 1376e1387.
- Kegal, K. (2009). Homesickness in International College Students. *Counseling Interventions*. 66-76
- May, R., and Yalom, I., D. (2000). *Existential Psychotherapy*. In: Corsini, R. & Wedding, D. Current Psychotherapies. Itasca Illinois: F.E. Peacock Publisher, Inc.
- McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G., Knap, M. (2007). *Mental health policy and practice across Europe*, New York: Open University Press McGraw-Hill.
- Mumurdere, M. and Saks, K. (2006). The impact of negative affectivity on quality of life and

The Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Student's mental health

J. khodadadi Sangdeh

Phd Student of counseling, University kharazmi (Teacher Education Tehran), Iran

A. Etemadi

associate consultant, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

*** E. Alavi Kamoos**

graduate student in counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Abstract:

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of existential group psychotherapy on students' mental health. The study method was quasi-experimental, carried out through pretest-posttest design with a control group. The research population were students of Tarbiyat Moallem University of Tehran the samples were 20 these students which selected through voluntary sampling method and were randomly assigned to control (10 subjects) and experimental (10 subjects) groups. General Health Questionnaire (GHQ 28) was used for data collection. The Cronbach's alpha was 0.83. The experimental group participated in 10 group therapy sessions while the control group received no treatment. Results of analysis of covariance showed that existential group psychotherapy positively affected student's mental health in all four dimensions of general health: somatization, anxiety and sleep, social performance and depression ($p < .05$). Therefore, it seems this group therapy method is useful for increasing student's mental health.

Keywords: existential group psychotherapy, general health, anxiety and sleep, social performance, depression.