

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 disabled. Quarterly journal of social work. 2017; 6 (2); 24-34

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

فربیا 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 طباطبائی، تهران، ایران.

واژگان کلیدی

روان‌درمانی وجودی

بهزیستی روان‌شناختی

تحمل آشفتگی

معلولین جسمی حرکتی

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 تأثیر قرار می‌دهد. این پژوهش نیز با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلول جسمی حرکتی انجام شده است.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش تمامی معلولین جسمی حرکتی منطقه دو شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. به‌منظور انجام این پژوهش، شصت نفر از معلولین جسمی حرکتی مرکز توانبخشی معلولین جسمی رعد که مایل به همکاری بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (سی نفر، هر گروه) 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 دو گروه 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. ($P < 0/01$)

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

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۰۶

فربیا اسماعیلی قاضی ولوئی، میلاد قمی، عبداله جمالی و . اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلولین جسمی حرکتی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۶؛ ۶ (۲): ۲۴-۳۴

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

درصد قابل توجهی از هر جامعه‌ای را افراد دچار معلولیت تشکیل می‌دهد. (۱) معلولیت به عنوان 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 جسمی حرکتی می‌باشند. (۳) **خصوصیت مشترک معلولین جسمی حرکتی شامل:** فلج اطفال، فلج مغزی، ضایعات نخاعی و قطع عضو می‌باشند. (۴) معلولیت‌های جسمی حرکتی، جدا از محدودیت‌ها یا مشکلاتی که از نظر کاربردی در فرد ایجاد می‌کنند، ممکن است موجب تأثیرات سوء روان شناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر شخصیت فرد معلول یا تکوین بهینه آن داشته باشد. افراد معلول با مشکلات و آسیب‌های متنوع و متعددی در روابط بین فردی، کار، محیط‌های تحصیلی و حوزه‌های عاطفی - رفتاری روبرو هستند. (۵) سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴)، سلامت روان را به عنوان 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 روان شناختی به معنای خوب بودن، زندگی در محیطی غنی، ارزشمند بودن برای دنیا، غلبه کردن بر زندگی، لذت بردن از زندگی تعریف شده است. (۸) بهزیستی روان شناختی، برداشت‌های درون شخصی در مورد سازگاری فرد با دیدگاهش نسبت به زندگی را منعکس می‌سازد. (۹) افراد با بهزیستی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. (۷) به نظر می‌رسد بهزیستی در پیشگیری و بهبود شرایط جسمانی و بیماری‌ها نقش داشته و احتمالاً منجر به افزایش امید به زندگی می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد بهزیستی با برخی مؤلفه‌های حفاظت جسمانی رابطه مستقیم 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 پژوهشی وینهون (۱۱) نشان داد که عوامل روان شناختی بر کارکرد جسمی تأثیر می‌گذارند و کسانی که بهزیستی روان شناختی بالاتری دارند از سلامت جسمی بالاتری برخوردارند. مرادی و همکاران (۱۲) در پژوهشی نشان دادند که معلولین جسمی حرکتی 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 به عنوان یک مفهوم فراهیجانی مفهوم سازی شده و به عنوان یک صفت نه حالت هیجانی در نظر گرفته می‌شود و به معنای ظرفیت تجربه و تحمل حالات روانی منفی است. تحمل پریشانی می‌تواند نتیجه فرآیندهای شناختی یا جسمانی باشد، اما به صورت یک حالت هیجانی تجربه می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود. (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 شده را شامل می‌شود. این رفتار پاسخ عاطفی سودمندی است که به عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف شده است. (۱۴)

مطابق دیدگاه سیمونز و گاهلر، افراد دارای تحمل پایین آشفتگی ویژگی‌های بدین شرح 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 به دلیل ناتوانی خود برای تحمل هیجان‌های منفی احساس سرافکندگی 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 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، بلا تکلیفی، ناکامی و ناراحتی فیزیکی گفته می‌شود. (۱۴) توانایی تحمل درد و پریشانی به دو دلیل، هدف اساسی سلامت روان است. از آنجا که درد و پریشانی را نمی‌توان

به طور کامل حذف کرد یا از آن اجتناب کرد، توانایی پذیرش واقعیت تغییر ناپذیر، خود منجر به کاهش درد و رنج می گردد. از طرفی اگر فرد برای تغییر خود، تلاش نکند، اعمال تکنانشی جایگزین تلاش برای ایجاد تغییرات مطلوب می گردد. (۱۵) افراد با تحمل بالای آشفستگی قادر هستند حالات روان شناختی منفی را تحمل نمایند، در حالی که افراد با تحمل پایین آشفستگی برای تسکین تجربیات آزاردهنده درونی گرایش دارند به رفتارهای جبرانی بپردازند. (۱۳) یافته ها نشان می دهد که تحمل آشفستگی به طور معکوس با طیفی از رفتارهای ناسازگارانه مانند رفتار ضد اجتماعی، قماربازی بیمارگون، خود آسیب زنی عمدی، رفتارهای پرخوری، مصرف الکل و مواد، (۱۶) همچنین با نشانه های وسواس فکری-عملی، اضطراب جدایی و اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به اختلالات، (۱۷) خطر فزاینده ابتلا و رشد اختلالات مصرف مواد (۱۸) رابطه دارد. شریعتمدار و غروی (۳) نشان دادند که افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی با تحمل پریشانی پایین از تحریف شناختی بیشتری استفاده می کنند.

بر همین اساس یکی از رویکردهای موثر که می تواند کمک کند افراد رنج ناتوانایی در اندام حرکتی را تحمل کنند، رویکرد وجودی است. این نظریه ماهیت فلسفی دارد و مجموعه ای از عقاید و نظریه ها در مورد انسان است که به آن روان درمانی های وجودی گفته می شود. (۱۹) رویکرد وجودی در حوزه روانشناسی به عنوان وضعیتی مشترک برای همه افراد بدون توجه به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق و محوری همچون: تنهایی، بی معنایی، مرگ و آزادی می پردازد. (۲۰) این رویکرد مراجعه کنندگان خود را تشویق می کند با ابعادی از زندگی خود که همواره از آن فرار می کردند، مواجه شوند

و شجاعانه این وقایع ناگوار را در زندگی خود به رسمیت بشناسند و بپذیرند که شادی و نشاط در زندگی محقق می شود در صورتی که فرد بپذیرد که امنیت و نشاط پایدار و همیشگی در زندگی وجود ندارد. (۲۱) روان درمانی وجودی بر اساس دیدگاه خود نسبت به زندگی انسان، به اهمیت زندگی او می پردازد. روان درمانی وجودی نگرشی به موضوع های زندگی چون زندگی و مرگ، آزادی، مسئولیت نسبت به خود و دیگران، یافتن معنا در زندگی و پرداختن به مفهوم بی معنایی است. این رویکرد درمانی بیش از سایر دیدگاه ها به بررسی آگاهی انسان از خود و توانایی او در نگرستن به ماورای مشکلات خویش و مسائل وجودی می پردازد. در این رویکرد تلاش نمی شود درد و رنج انسان از بین برود، زیرا زندگی انسان از لحاظ ماهیتی توأم با رنج است. در عوض به انسان ها کمک می شود با پذیرش واقعیت درد و رنج برای دردهای زندگی معنا بیابند که در این صورت دردها لذت بخش خواهند شد. (۱۹) امتیاز روان درمانی وجودی نسبت به سایر رویکردها، در تمرکز آن بر انتخاب ها و مسیرهای موجود به سمت رشد شخصی می باشد و تاکید بر پذیرش مسئولیت های شخصی، گسترش آگاهی نسبت به موقعیت های فعلی و احساس تعهد نسبت به تصمیم گیری و عمل می باشد. این رویکرد به دنبال آن است که به انسان ها کمک کند که اگر چه نمی توانند برخی از رویکرد ناخوشایند و درد آور را در زندگی خود تغییر دهند، اما می توانند نحوه ای که این رویدادها را برداشت می کنند و به آن ها واکنش نشان می دهند را تغییر دهند؛ (۲۲) یعنی به جای فرار از وقایع ناگوار زندگی، شجاعانه این وقایع را به رسمیت بشناسند و بپذیرند شادی و نشاط در زندگی در صورتی محقق می شود که آن ها قبول کنند امنیت و نشاط پایدار و همیشگی در زندگی وجود ندارد؛ (۲۱) بنابراین هدف اصلی گروه درمانی وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است؛ یعنی به اعضا کمک می کند تا با زندگی و پدیده های آن ارتباط واقعی و صادقانه برقرار کنند و به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تاکید دارد. (۲۳) رضایی (۲۴) در مطالعه ای خود نشان داد روان درمانی وجودی در افزایش تاب آوری مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی موثر است. اسکندری و همکاران (۲۵) در پژوهشی با عنوان گروه درمانی شناختی وجودی بر امیدواری والدین کودکان سرطانی نشان دادند که گروه درمانی شناختی وجودی می تواند در افزایش امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان موثر باشد. خدادادی سنگده و همکاران (۲۶) نشان دادند که گروه درمانی وجودی بر افزایش سلامت روان دانشجویان موثر می باشد. رضایی و همکاران (۲۷) در مطالعه ای خود دریافتند که روان درمانی وجودی می تواند باعث افزایش تاب آوری در زنان ناباور شود. قمری گیوی و همکاران (۲۸)

با در نظر گرفتن ماهیت درمان وجودی و نگاه آن به واقعیات زندگی از جمله درد، رنج و مسئولیت فرد در یافتن معنا در این شرایط و از سوی دیگر ماهیت معلولیت جسمی حرکتی که شرایط زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد، با این مسئله روبرو هستیم که آیا روان درمانی گروهی با رویکرد وجودی می تواند در بهبود سطح بهزیستی روان شناختی و تحمل آشفتگی فرد معلول موثر باشد؟

نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تحمل آشفتگی نوجوانان موثر می باشد. شکار تبار فیروزجائی (۲۹) نشان داد که درمان شناختی عاطفی و رفتاری الیس بر بهزیستی روان شناختی معلولین جسمی حرکتی موثر می باشد. قمی (۳۰) نشان داد که روان درمانی وجودی بر افزایش امیدواری و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان سرطانی موثر بوده است. کیسان و همکاران (۳۱) مشخص کردند که روان درمانی گروهی وجودی در بهبود سطح سلامت روان شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر بوده است. ماردیو و ساکز (۳۲) نشان دادند رویکرد وجودی و معنویت درمانی در بهبود روابط، برداشت از خویشتن و کیفیت زندگی زوج های دچار سوگ موثر می باشد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه آزمایشی می باشد که در آن از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش به تعداد صد و هفت نفر شامل تمامی معلولین جسمی حرکتی مراجعه کننده به مراکز توانبخشی منطقه دو شهر تهران می باشند. در این پژوهش از بین سه مرکز توانبخشی معلولین جسمی حرکتی منطقه دو شهر تهران، مرکز توانبخشی معلولین جسمی رعد انتخاب شد. برای اجرای پژوهش با اخذ مجوز لازم و هماهنگی های صورت گرفته با مرکز توانبخشی معلولین جسمی رعد، شصت نفر از معلولین جسمی حرکتی مراجعه کننده به این مرکز که دارای شرایط ورود به نمونه بودند، انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه سی نفر) قرار گرفتند.

شرایط ورود به نمونه: تمایل به شرکت در پژوهش، سطح تحصیلات حداقل سیکل برای درک بهتر آموزش و تکمیل پرسشنامه ها، نداشتن عقب ماندگی ذهنی و بالای هجده سال سن.

ملاحظات اخلاقی: بعد از انتخاب نمونه ها ضمن دادن اطمینان کافی برای رعایت رازداری نتایج، در مورد اهداف پژوهش اطلاعات کامل به شرکت کنندگان داده شد، کفایت حجم نمونه با روش مقلماتی آماری بررسی شد. در ادامه پس از گرفتن رضایت نامه نوشتاری، ارزیابی های پیش آزمون انجام شد. گروه آزمایش هشت جلسه نمود دقیقه ای تحت درمان

جدول (۱) جلسات روان درمانی گروهی وجودی

جلسه	هدف برنامه	توضیح	مدت	وسایل مورد نیاز
اول	آشنایی اعضا و روشن کردن اصول کار گروهی	پذیرش و خوشامدگویی، بیان اهداف و آشنایی اعضا و بیان اهداف و نحوه کار گروه و اجرای پیش آزمون	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 اعضا 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 اعضا به سوالات "آیا تنهایی رنج آوراست" و "ایمان انسان تنهایی هستم"	۹۰ دقیقه	برگ تمرین و خودکار
پنجم	تشریح معنا بخشیدن به زندگی	بررسی پاسخ اعضا به سوالات "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 برگ تمرین
ششم	تشریح آزادی و مسئولیت	پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجو محدودیت ها، بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت های چالش برانگیز آزادی در انتخاب، تشریح ارتباط بین آزادی و مسئولیت	۹۰ دقیقه	تخته وایت برد و ماژیک
هفتم	تصورسازی ذهنی	اعضا در مورد مسائلی که می تواند برافکار واحساسات فرد مؤثر باش. از تصویرسازی ذهنی استفاده شد. به این ترتیب از اعضا خواسته شد تا یکی از موقعیت های موفقیت یا شکست خود را تصور کنند و بگویند که چه کسی را مسئول آن می دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ از اینکه مسئولیت رفتارهای خود را می پذیرند چه احساسی دارند؟	۹۰ دقیقه	تخته وایت برد، برگ تمرین، ماژیک، خودکار
هشتم	جمع بندی	جمع بندی مطالب قبلی و ارتباط مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، مرگ، هدفمندی و معنا در زندگی، مسئولیت در زندگی و کنار آمدن با رنج ها، اجرای پس آزمون	۹۰ دقیقه	تخته وایت برد، یک قطعه کاغذ بزرگ، ماژیک، خودکار

نمره‌گذاری می‌شوند. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برابر با هفتاد و نه درصد محاسبه شد. (۳۴) ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنججه‌هایی که صفات شخصیت را می‌سنجیدند و در ضمن شاخص بهزیستی روان‌شناختی نیز به شمار می‌رفتند، از سنججه‌هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن (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 سازه‌ای روا محسوب شد. (۳۳) آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف (۳۴) برای خرده مقیاس پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، زندگی هدفمند ۰/۷۳ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش کیز، شمات و ریف (۳۵) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین هشتاد و دو تا نود درصد گزارش شده است. در ایران بیانی و همکاران (۳۶) همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین هفتاد تا هشتاد 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 است: ۱- تحمل (تحمل آشفتگی هیجانی): با سوالات یک، سه و پنج اندازه‌گیری می‌شود. ۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی): با سوالات دو، چهار و پانزده اندازه‌گیری می‌شود. ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سوالات شش، هفت، نه، ده، یازده و دوازده اندازه‌گیری می‌شود. ۴- تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سوالات هشت، سیزده و چهارده اندازه‌گیری می‌شود. (۱۳) عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (کاملاً موافق، اندکی موافق، نه موافق و نه مخالف، اندکی مخالف و کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند و هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب یک، دو، سه، چهار و پنج امتیاز دارند. عبارت شش به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل آشفتگی بالاست. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) برای به دست آوردن تحمل آشفتگی کلی نمره تمام سوالات با هم جمع می‌شود و برای به دست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سوال‌های هر بعد مطابق آنچه که در بالا ذکر شد با هم جمع می‌شوند. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. 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 و هفده مرد) اجرا و گزارش کرده است که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا ($\alpha = 0.71$) و خرده مقیاس‌ها دارای پایایی متوسط

وجودی به شیوه گروهی مطابق جدول شماره یک برگرفته از متن کتاب روان‌درمانی وجودی نظری و ضرغامی (۱۹) قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف و پرسشنامه تحمل آشفتگی سیمون و گاهر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل گردید. در مراحل انجام پژوهش میزان نمونه‌های گروه‌ها ریزش نداشتند، از جمله تدابیر لازم برای پیشگیری از ریزش گروه‌ها انتخاب دقیق بر مبنای شرایط ورود بود که افراد با انگیزه انتخاب شدند. دیگر این که در طی مراحل پژوهش شرایط و امکانات لازم جهت اثر بخش بودن هرچه بیشتر پژوهش برای شرکت‌کنندگان فراهم آمد.

ابزار پژوهش

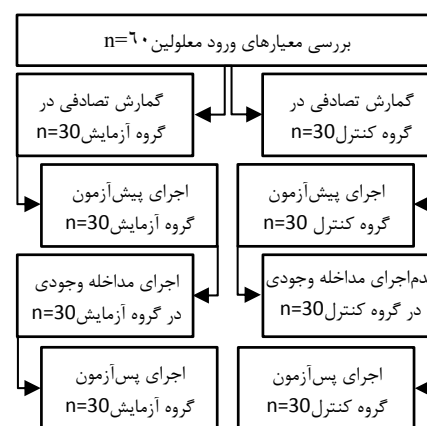
۱- پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی:

شامل اطلاعات درباره‌ی جنسیت، وضعیت اشتغال، تحصیلات، سن، تاهل است.

۲- پرسشنامه بهزیستی روانی کارول ریف (۳۳):

یک مقیاس هشتاد و چهار ماده‌ای است که شش جنبه مجزا از بهزیستی روانی را می‌سنجد. شرکت‌کنندگان بر اساس یک ساخت شش درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. چهل و هفت سوال به صورت مستقیم و سی و هفت سوال به صورت معکوس

نمودار (۱) نمودار consort پژوهش



(برای تحمل ۵۴٪، جذب ۴۲٪، ارزیابی ۵۶٪، تنظیم ۵۸٪) هستند. در این پژوهش از نمره کلی استفاده شده است.

یافته ها

جدول (۲) مشخصات دموگرافیک معلولین جسمی-حرکتی شرکت کننده 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
	زیر دیپلم ۳۶/۶۷
	بالای دیپلم ۱۳/۳۳

میانگین سنی شرکت کنندگان 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 و ۵۳/۳۴٪ بیکار می باشد.

میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل آشفتگی، بهزیستی روان شناختی و مولفه های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون در جدول شماره سه آمده است.

همانطور که ملاحظه می شود میانگین نمرات تحمل آشفتگی و بهزیستی و مولفه های آن در گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش افزایش نشان می دهد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها، در مورد متغیرهای تحقیق در هر دو نوبت آزمون برقرار است. ($P > 0.05$) بنابراین برای آزمون هر یک از متغیرها می توان از آزمون های پارامتریک استفاده کرد.

باتوجه به نتایج جدول، ضرایب F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش آزمون در هیچ یک از متغیرها معنادار نمی باشد. در نتیجه تفاوت معناداری میان ضرایب رگرسیون بین متغیرهای وابسته و همپراش دو گروه مشاهده نمی گردد و فرض همگنی ضرایب رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل برای تمامی مقیاس ها برقرار است. با توجه به مجموع پیش فرض های مطرح شده مشاهده می گردد که داده های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل کواریانس را دارا می باشند و می توان تفاوت دو گروه را در متغیر وابسته مورد بررسی قرار داد. همچنین نتایج آزمون های کواریانس چندمتغیری برای بررسی معناداری ترکیب خطی متغیرهای بهزیستی روان شناختی و تحمل آشفتگی حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه ی روی $0.01 < P < 0.05$ ، $F = 4.5/7.5$ معنادار می باشند. بدین ترتیب مشخص می گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت های اولیه، از متغیرهای مستقل تاثیر پذیرفته اند؛ به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس نشان می دهد که روش مداخله بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته موثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه ها وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل کواریانس تک متغیری به بررسی فرضیه های پژوهش پرداخته می شود تا معلوم گردد که تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی، مربوط به کجاست.

یافته های جدول شماره پنج نشان می دهد که تفاوت مشاهده شده بین نمرات بهزیستی روان شناختی شرکت کنندگان $0.001 < P < 0.05$ ، $F = 22/85$ بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون معنی دار می باشد. بنابراین روان درمانی وجودی بر افزایش بهزیستی

جدول (۳) میانگین و انحراف معیار متغیر تحمل آشفتگی، بهزیستی روان شناختی و مولفه های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون

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

جدول (۴) آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش

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

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

مرحله پس آزمون							
متغیر	شاخص متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۶۵/۸۵	۱	۶۵/۸۵	۰/۱۰	۰/۶۸	۰/۰۰۵
	عضویت گروهی	۳۱۱/۱۰	۱	۳۱۱/۱۰	۲۳/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸
تحمل آشفتگی	پیش آزمون	۱۱۲/۳۱	۱	۱۱۲/۳۱	۰/۳۱	۰/۵۸	۰/۰۰۷
	عضویت گروهی	۱۴۵/۵۴	۱	۱۴۵/۵۴	۲۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱

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

پس آزمون							
متغیر	شاخص متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
پذیرش خود	پیش آزمون	۱۷۹/۸۷	۱	۱۷۹/۸۷	۲/۷۹	۰/۰۹۳	۰/۱۱
	عضویت گروهی	۲۸۹/۱۹	۱	۲۸۹/۱۹	۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۱۷
روابط مثبت	پیش آزمون	۴۹/۹۰	۱	۴۹/۹۰	۰/۸۹	۰/۳۴	۰/۰۳۷
	عضویت گروهی	۳۰۲/۲۴	۱	۳۰۲/۲۴	۶/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۲۱
هدف در زندگی	پیش آزمون	۸۲/۵۳	۱	۸۲/۵۳	۱/۱۲	۰/۰۳۵	۰/۰۵۲
	عضویت گروهی	۱۰۱/۱۰	۱	۱۰۱/۱۰	۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۳۱
خودمختاری	پیش آزمون	۰/۶۵	۱	۰/۶۵	۰/۰۰۸	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۲۵۰/۱۰	۱	۲۵۰/۱۰	۴/۱۲	۰/۰۰۲	۰/۱۷
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۲۴/۹۰	۱	۲۴/۹۰	۰/۳۸	۰/۵۴	۰/۰۱۷
	اثر گروه	۹۹/۰۳	۱	۹۹/۰۳	۱/۲۵	۰/۰۰۲	۰/۳۱
رشد شخصی	پیش آزمون	۶۹/۸۲	۱	۶۹/۸۲	۰/۸۹	۰/۳۲	۰/۰۴۱
	اثر گروه	۳۰۱/۹۲	۱	۳۰۱/۹۲	۶/۵۲	۰/۰۰۲	۰/۷۵

در مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود $P < ۰/۰۵$ ،
 $F = ۴/۶۸$ ، روابط 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.

روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در مرحله پس آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. شاخص اندازه اثر نشان می‌دهد که ۵۸٪ تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش را می‌توان به روان‌درمانی وجودی نسبت داد. افزون بر این، تفاوت مشاهده‌شده میان دو گروه آزمایش و شاهد از نظر تحمل آشفتگی در مرحله پس آزمون معنادار است. بنابراین روان‌درمانی وجودی بر بهبود تحمل آشفتگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون تأثیر داشته است. توان آماری بالای هشت دهم بازگوینده از برازندگی اندازه نمونه و دقت آماری پذیرفتنی است. شاخص اندازه اثر نشان می‌دهد که شصت و یک درصد تغییرات مربوط به تحمل آشفتگی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش را می‌توان به روان‌درمانی وجودی نسبت داد.

نتایج جدول شماره شش نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثرات پیش آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین پس آزمون دو گروه

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی منابع مطالعاتی حاضر نشان داد که تاکنون پژوهش منتشرشده‌ای در زمینه اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلولین جسمی حرکتی وجود ندارد، از این رو نوآوری پژوهش حاضر در به‌کارگیری از روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی در معلولین جسمی حرکتی بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که روان‌درمانی وجودی توانسته است به‌طور معناداری بهزیستی روان‌شناختی معلولین جسمی حرکتی را افزایش دهد. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه‌های دیگر که نشان می‌دهند که روان‌درمانی وجودی منجر به افزایش روان‌شناختی و بهبود عملکرد خانوادگی در زنان مبتلا به سرطان سینه، (۳۱) افزایش سلامت 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 می‌شوند. انسان موجودی است که همواره به دنبال معناست حتی برای رنج‌ها و دردهایش به دنبال دلیلی است. به‌طوریکه وقتی به این معنا دست 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 شرایط 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 تأکید بر پذیرش رنج به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر هر فرد، در این دنیا، آزادی انتخاب در شرایطی که انتخاب بین گزینه‌ای مطلوب نیست بلکه انتخاب بین گزینه‌های نامطلوب می‌باشد را مهیا می‌کند. در نتیجه فرد شجاعانه دست به انتخاب می‌زند و مسئولیت انتخاب خویش را می‌پذیرد و امیدواری، صبر، اراده، جراتمندی و مهمتر از همه تاب‌آوری او در برابر

مشکلات افزایش پیدا می‌کند. (۲۷) از تاثیرات دیگر روان‌درمانی وجودی این است که با ایجاد تغییرات عمیق در بینش مددجویان نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به زندگی باعث می‌شود که ایشان هدفی برای خود برگزینند، از فرصت‌های خود لذت بیشتری 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 شرایط واقعی زندگی را تغییر داد، اما می‌توان روش‌های مقابله با آن را تغییر داد و از ناامیدی و بی‌حاصلی که از مولفه‌های فقدان بهزیستی و سلامت روانی است، به سمت شکوفایی و تعالی فردیت خویشتن از طریق معنادادن به چگونگی خویشتن، حرکت کرد. (۴۰) از ویژگی‌های بارز رویکرد وجودی می‌توان گفت یافتن معنا و هدف غایی زندگی است که باعث می‌شود انسان از احساس پوچی و سردرگمی نجات پیدا کند، به آرامش یافتن انسان کمک کرده، او را از اسارت در تشویش‌های 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. (۴۱ و ۴۲)

نتایج این پژوهش همچنین نشان می‌دهد که روان‌درمانی وجودی توانسته است به‌طور معناداری تحمل آشفتگی معلولین جسمی-حرکتی را افزایش دهد. نتایج پژوهش یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های رضایی (۲۴) و رضایی و همکاران (۲۷) که دریافتند روان‌درمانی وجودی می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری شود؛ و همچنین یافته‌های قمری گیوی و همکاران (۲۸) که نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تحمل آشفتگی نوجوانان موثر می‌باشد، همخوانی دارد. شریعتمداری و غروی (۳) در مقایسه تحریف شناختی افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی با تحمل پریشانی پایین و بالا نشان دادند که افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی با تحمل پریشانی پایین از تحریف شناختی بیشتری استفاده می‌کنند. از نظر لینهان (۱۵) از آنجا که درد و پریشانی را نمی‌توان به‌طور کامل حذف کرد یا از آن اجتناب کرد، توانایی پذیرش واقعیت تغییر ناپذیر، خود منجر به کاهش درد و رنج می‌گردد؛ بنابراین اگر به‌جای رویارویی با واقعیت تغییر ناپذیر و پذیرش آن، معلولان جسمی-حرکتی به شیوه‌های انکار و

تحریف شناختی متوسل شوند، تحمل درد و پریشانی برای آنان سخت‌تر خواهد بود. یکی از اصول اساسی رویکرد وجودی، پذیرش درد و رنج در زندگی می‌باشد. (۱۹) افرادی که توانایی تحمل بالایی در برابر تجربه آشفتگی داشته و به راحتی می‌توانند احساسات آشفتگی و درماندگی خود را جذب و هضم نمایند و همچنین افرادی که هنگام تجربه عاطفه منفی به احتمال کمتری به رفتارهای تکانه‌ای می‌پردازند یعنی اضطراب منفی پایینی دارند. توانایی پایین برای تحمل عاطفه منفی و احتمال بالای بروز رفتارهای تکانه‌ای باعث می‌شود این افراد برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی بیاورند وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسانتر می‌شود و زندگی را با تمام شرایط آن می‌پذیرد. برگزاری جلسات گروهی با رویکرد وجودی باعث شد که معلولین با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و احساس این که همه چیز از بیرون کنترل می‌شود جای خود را به کنترل درونی دهد و تنها در این صورت است که افراد می‌توانند بر زندگی خود و همچنین پریشانی‌های روانی ناشی از ناتوانی جسمی خود، مسلط شوند و برای زندگی و آینده امیدوار شوند. (۴۳) با این نتایج می‌توان گفت پروتکل درمانی، توانسته است تغییر مثبت و معنی‌داری را در افزایش تحمل آشفتگی گروه آزمایش ایجاد کند. بر اساس این رویکرد، فناپذیری و گذرا بودن، نه تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی است، بلکه عامل کلیدی معنا دار آن نیز به‌شمار می‌رود. به دنبال فرآیند 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

کاهش دهنده سلامت روانی رنگ می‌بازند و به افراد کمکی می‌شود تا از طریق منابع مهم یافتن معنا، مانند کار کردن، 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 به دست 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.

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 معنایی است؛ به خصوص 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

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. Bornoalova 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-

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 of Oncology 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 with Cancer. *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.