

# اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی دانشجویان

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۰۱/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۰۲/۱۶

دکتر علی محمد نظری\*

جواد خدادادی سنگده\*\*

باقر ثنائی\*\*\*

سجاد آلبوکردی\*\*\*\*

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان وجودی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی دانشجویان صورت گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی و در قالب گروه کنترل نابرابر انجام شد. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تربیت معلم تهران بودند که ۲۴ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند و با استفاده از انتساب تصادفی در دو گروه کنترل (شامل ۱۲ نفر) و گروه آزمایش (شامل ۱۲ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده گردید که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ به دست آمد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت تأثیر درمان وجودی به شیوه گروهی قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل کواریانس نشان دهنده موثر بودن درمان وجودی به شیوه گروهی در افزایش کیفیت زندگی دانشجویان بود. لذا استفاده از این روش گروه درمانی در ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان سودمند به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: درمان وجودی، گروه درمانی، کیفیت زندگی، دانشجویان

## مقدمه

کیفیت زندگی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روان‌شناسی مثبت‌نگر است (اسکالاک و همکاران، ۲۰۰۲).

\* دانشیار مشاوره دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم تهران)

\*\* دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم تهران)

\*\*\* استاد مشاوره دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم تهران)

طرفداران به کارگیری این اصطلاح در سیستم سلامت، براین باورند که رویکردهای حاضر بیشتر بر علایم و نشانه‌ها در حوزه سلامت تاکید داشته و دیدگاه محدودی به سلامت ارائه کرده‌اند (مانسینی و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از فراهانی و همکاران، ۱۳۸۸).

در تحقیقات اخیر کیفیت زندگی به عنوان شاخص اندازه گیری سلامت شناخته شده و به کار می‌رود. به دلیل اهمیتی که این مفهوم پیدا کرده است، سازمان بهداشت جهانی یکی از اهداف عمده خود را ارتقای آن بیان نموده است (لیو، ۲۰۰۵).

نمی‌توان تعریف یکپارچه‌ای درباره کیفیت زندگی یافت که همه پژوهش‌گران در مورد آن اتفاق نظر داشته باشند؛ به طوری که، کاین و همکاران (۲۰۰۱، به نقل از بیگی، ۱۳۸۹) اشاره می‌کنند که کیفیت زندگی از بی ثبات‌ترین اصطلاحات مورد استفاده در علوم انسانی است. با این حال درباره موجودیت و اهمیت کیفیت زندگی توافق کلی وجود دارد و به نظر می‌رسد که این مفهوم برای اغلب مردم بامعنی و قابل فهم می‌باشد (بورخارد و اندرسون، ۲۰۰۳). به نظر فریش (۱۳۸۹) مفهوم‌سازی معاصر کیفیت زندگی، ساختارهایی چون شادمانی، سلامت، سلامت ذهنی و رضایت‌مندی از زندگی را در بر می‌گیرد و معمولاً به طور مشخص یا ضمنی با کمیت زندگی (سال‌های عمر) در تضاد است و می‌تواند رضایت بخش، خوشایند و یا بدون مزیت باشد. به طور کلی پژوهش‌گران توافق دارند که کیفیت زندگی شامل مقایسه شرایط گذشته زندگی با رویدادهای جاری و ارزیابی شناختی جنبه های مثبت و منفی زندگی کنونی است و در یک پیوستار نمایان می‌شود (کینگ و همکاران، ۱۹۹۷).

تعریف جامع سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی آن را به عنوان درک فرد از وضعیت کنونی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های مورد نظر تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸؛ به نقل از فراهانی و همکاران، ۱۳۸۸).

اسمیت (۲۰۰۷) نیز کیفیت زندگی را مفهومی چند بعدی می‌داند که شامل خودارزیابی فرد از شرایط زندگی کنونی اش و مقایسه آن با انتظارات شخصی فرد در بافت فرهنگی، تجارب فرهنگی و سیستم ارزشی می‌باشد. پژوهش‌گران عوامل زیادی چون مراقبت بهداشتی، ازدواج، خانواده، دوستان، اوقات فراغت، ایمان شخصی، استرس و امیدواری را در ارتباط با کیفیت زندگی در نظر می‌گیرند (بلوول، ۲۰۰۳؛ اسمیت، ۲۰۰۷).

فعالیت‌های تحصیلی و دانشجویی از عوامل تنش زایی است که می‌تواند بر ابعاد گوناگون کیفیت زندگی فرد تاثیر بگذارد این فعالیت‌ها فرد را به تماس با مکان‌ها، افراد یا فرهنگ‌های دیگر وادار می‌سازد و مشکلاتی به وجود می‌آورند که کاهش کیفیت زندگی و شادکامی را در پی دارند (مهدوی حاجی، ۱۳۸۹).

افزایش و بهبود کیفیت زندگی در چارچوب گروه درمانی امکان‌پذیر است (فریش، ۱۳۸۹). گروه‌درمانی فعالیتی است جهت افزایش آگاهی افراد از خودشان و دیگران و کمک به آنها در جهت روشن ساختن تغییراتی که در زندگی مایل‌اند بدان دست یابند (کوری و کوری، ۱۳۸۶).

یکی از رویکردهای موثر گروه‌درمانی در زمینه بهبود کیفیت زندگی، گروه‌درمانی وجودی است. این نوع مشاوره گروهی ساختار مطلوبی جهت کار روی مسائل وجودی مراجعان است (کوری، ۱۹۹۲). این رویکرد سوالات عمیقی را درباره ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می‌کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه مراجع و درمانگر، مواجهه صادقانه، و تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه از سوی مراجع تاکید می‌کند (کورسینی، ۲۰۰۳، 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 (کوری، ۱۹۹۲؛ حسن آبادی، ۱۳۸۵). گروه درمانی وجودی رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی که ریشه در وجود انسان دارند، تمرکز دارد. این چهار نگرانی عبارتند از مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی (نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸). بارزترین ویژگی این رویکرد، تاکید بر رابطه درمانی و نقش آن در ایجاد تغییر در مراجع است (کان، ۱۹۹۷).

نوابی نژاد (۱۳۸۶)، بیان می‌دارد هسته اصلی این رویکرد، 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. این رویکردهای جای تاکید بر بهبود بیماری یا به کارگیری مطلق تکنیک‌های حل مسئله برای تکلیف دشوار زندگی اصیل، بر درک آزادی، مسئولیت و ابراز صادقانه خویش تمرکز دارد (نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸؛ کورسینی، ۲۰۰۸). هدف اصلی گروه درمانی وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است. یعنی به اعضاء کمک می‌کند تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباطی واقعی و صادقانه برقرار کنند. در واقع به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضاء با یکدیگر تاکید دارد (اشنایدر و اینگرام، ۲۰۰۰). کوری (۱۳۸۵)، معتقد است که اعضای گروه به دنبال این هستند که خودشان را آن گونه که هستند کشف کنند و این کار را با به اشتراک گذاشتن مسائل وجودی خود یعنی، تنهایی، نگرش به مرگ، آزادی و بی‌معنایی به انجام می‌رسانند.

اهداف اصلی گروه درمانی وجودی را می‌توان این گونه توصیف نمود: قادر ساختن اعضاء برای صادق بودن با خودشان، عمیق و وسیع تر نگاه کردن به خود و دنیای پیرامون خویش، و مشخص کردن آن چه به زندگی حال و آینده آنها معنا می‌دهد (کوری، ۱۳۸۵؛ نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸). پژوهش‌های مختلفی تاثیر درمان وجودی به شیوه گروهی را مورد مطالعه و بررسی قرار داده اند. الکساندر و ویکتوریا (۲۰۰۴) در مطالعه خود با عنوان تاثیر گروه درمانی وجودی بر احساس خشم و برداشت منفی از خویشتن و افزایش رضایت‌مندی و کیفیت زندگی 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. ماردیو و ساکز (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. حسن آبادی (۱۳۸۵) در پژوهشی به بررسی تاثیر گروه درمانی وجودی - انسان‌گرایانه بر افزایش عزت نفس زندانیان پرداخت و گزارش کرد عزت نفس گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. باتوجه به مطالب یاد شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان وجودی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی دانشجویان انجام شده است.

## روش

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، پیش آزمون و بعد از پایان جلسات، پس آزمون گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دختر و پسر مجردی بود که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در دانشگاه تربیت معلم تهران مشغول به تحصیل بودند از بین دانشجویان داوطلب شرکت در جلسات گروه‌درمانی ۲۴ دانشجو به روش نمونه‌گیری

داوطلبانه انتخاب شدند. در هر یک از گروه ها ۱۲ دانشجو (شامل ۶ دختر و ۶ پسر) جایگزین شدند. گروه‌ها از نظر جنسیت و سطح تحصیلات هم‌تا شدند.

پس از اجرای پیش آزمون در هر دو گروه، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه) در جلسات درمان وجودی شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL)

این پرسشنامه شامل ۲۶ گویه است که چهار بعد مرتبط با سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و محیط زندگی را ارزیابی می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸؛ به نقل از فراهانی و همکاران، ۱۳۸۸). سازندگان این مقیاس، پایایی آن را به روش همسانی درونی مناسب دانسته و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۳ تا ۰.۹۸ را گزارش کرده‌اند (اسکالاک، ۲۰۰۲).

در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای تعیین روایی مقیاس با استفاده از روش روایی همزمان، همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) سنجید و ضریب همبستگی ۰.۷۵ را برای کل مقیاس گزارش کرد ( $P < 0.001$ ). او همچنین ضرایب پایایی باز آزمایی ۰.۶۷، تصنیفی ۰.۸۷ و آلفای کرونباخ ۰.۸۴ را برای این مقیاس گزارش کرد ( $P < 0.001$ ). رحیمی (۱۳۸۶) نیز آلفای کرونباخ ۰.۸۸ را برای کل مقیاس و ضریب ۰.۷۰ برای بعد سلامت جسمی، ۰.۷۷ برای بعد سلامت روان، ۰.۶۷ برای بعد روابط اجتماعی و ۰.۷۶ برای بعد محیط زندگی به دست آورد ( $P < 0.001$ ).

در پژوهش حاضر برای اعمال متغیر مستقل، جلسات گروه بر طبق یک طرح از پیش تعیین شده در هشت جلسه و به شرح زیر اجرا گردید:

جلسه اول: پذیرش و خوش آمدگویی به اعضا، آشنایی و معرفی رهبر و اعضا به یکدیگر، بیان اهداف، قواعد و هنجارهای گروه (مثل رازداری، احترام متقابل، شرکت منظم و نظایر آن)، استفاده از فن "من چه کسی هستم؟" جهت خوداندیشی و بحث درباره آن، ارائه تکلیف به اعضا.

جلسه دوم: مرور اجمالی جلسه اول، بررسی تکلیف ارائه شده، به چالش کشاندن پاسخ اعضا به سوال "من چه کسی هستم؟"، تشریح مفهوم خودآگاهی و به بحث گذاشتن آن، خلاصه کردن و جمع‌بندی جلسه با مشارکت اعضا و ارائه تکلیف مرتبط با بحث جلسه.

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.

جلسه چهارم: مرور تکلیف و مباحث جلسه قبل، بررسی تجارب اعضا درباره فقدان و سوگ و ارائه بازخورد، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط رهبر گروه و مشارکت اعضا، خلاصه کردن و جمع‌بندی جلسه.

جلسه پنجم: مرور جلسه گذشته، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت ها، بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت های 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 اعضا به سوال های "آیا من انسان تنهایی هستم؟" و "آیا

تنهایی رنج آور است؟" و به چالش کشاندن آن‌ها؛ تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط رهبر؛ جمع بندی و ارائه تکلیف به اعضا.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف ارائه شده؛ بررسی پاسخ اعضا به سوال های " آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟" و "من برای چه زندگی می کنم؟"، بحث درباره آن‌ها و ارائه بازخورد؛ پرداختن به تجارب اعضا درباره احساس پوچی و بیهودگی؛ جمع بندی مباحث جلسه.

جلسه هشتم: تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا؛ تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و بی معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان، و در انتها اختتام گروه.

لازم به ذکر است که در تمامی جلسات، پذیرش، همدلی، اهمیت رازداری، احترام متقابل و بیان صادقانه خویشتن از سوی رهبر گروه مورد تاکید قرار می گرفت.

### یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۳ و ۱/۹۵ سال و در گروه آزمایش ۲۳/۰۸ و ۲/۴۷ سال بود. در هر دو گروه ۱ دانشجوی دکتری، ۳ دانشجوی کارشناسی ارشد و ۸ دانشجوی کارشناسی وجود داشت. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون

گروه متغیر	آزمایش		کنترل		آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۷۶/۵۸	۶/۹۱	۷۴/۵۸	۸/۵۶	۸۷/۶۷	۱۲/۴۹	۷۸	۸/۸۹
سلامت جسمی	۲۰/۵	۳/۷۵	۱۹/۰۸	۲/۱۹	۲۲/۵	۴/۶	۲۰/۸۳	۱/۸۵
سلامت روان	۱۹/۵	۲/۸۸	۱۷/۸۳	۳/۶۶	۲۲/۸۳	۳/۴۶	۱۹/۰۸	۳/۰۶
روابط اجتماعی	۷/۲۵	۱/۲۹	۶/۷۵	۱/۳۶	۸/۲۵	۱/۰۶	۷/۰۸	۱/۵۶
محیط زندگی	۲۴/۸۳	۲/۸۲	۲۶/۴۲	۴/۸۱	۲۹	۳/۹۳	۲۶/۴۲	۴/۵۲

با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها برای استفاده از آزمون‌ها پارامتریک، بررسی پیش فرض تساوی واریانس گروه‌ها در مرحله پس آزمون، پیش شرط ضروری بود. نتایج به دست آمده از آزمون لون نشان داد پیش فرض تساوی واریانس نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون برقرار است ( $p < 0.05$ ,  $F_{3,20} = 1.22$ ).

پس از محاسبه مفروضه یکسانی واریانس‌ها، جهت بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج حاصل این فرض نیز مورد تایید قرار گرفت ( $p < 0.05$ ,  $F_{0.29} = 1.22$ ) و می توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش آزمون تعاملی وجود ندارد. بررسی اثر همپراش نمرات پیش آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه معناداری بین همپراش و متغیر وابسته وجود دارد ( $p < 0.001$ ). میانگین و انحراف معیار اصلاح شده نمرات متغیر وابسته در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۷۹/۰۳ و ۲/۳۵ بود. این نمرات برای گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۸۶/۷۳ و ۲/۳۵ بودند.

جهت بررسی تفاوت میانگین دو گروه در نمرات پیش آزمون، از آزمون  $t$  برای گروه‌های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. با توجه به نتایج به دست آمده، بین نمرات آزمودنی‌های دو گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

جدول ۲: نتایج آزمون  $t$  برای گروه‌های مستقل جهت بررسی تفاوت میانگین دو گروه در نمرات پیش‌آزمون

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	کنترل	۱۲	۷۴/۵۸	۸/۵۶	-۰/۶۳	۰/۵۴
	آزمایش	۱۲	۷۶/۵۸	۶/۹۱		
سلامت جسمی	کنترل	۱	۱۹/۰۸	۲/۱۹	-۱/۱۳	۰/۲۷
	آزمایش	۱۲	۲۰/۵	۳/۷۵		
سلامت روان	کنترل	۱۲	۱۷/۸۳	۳/۶۶	-۱/۲۴	۰/۲۳
	آزمایش	۱۲	۱۹/۵	۲/۸۸		
روابط اجتماعی	کنترل	۱۲	۶/۷۵	۱/۳۶	-۰/۹۳	۰/۳۷
	آزمایش	۱۲	۷/۲۵	۱/۲۹		
محیط زندگی	کنترل	۱۲	۲۶/۴۲	۴/۸۱	۰/۹۸	۰/۳۴
	آزمایش	۱۲	۲۴/۸۳	۲/۸۲		

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه جهت بررسی کیفیت زندگی در جدول ۳ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، فرضیه اصلی پژوهش یعنی اثربخشی درمان وجودی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی مورد تایید قرار گرفت ( $p < 0/05$ ). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که گروه درمانی وجودی با ۹۵ درصد اطمینان باعث افزایش کیفیت زندگی دانشجویان گردیده است. اندازه اثر مداخله گروهی بر متغیر کیفیت زندگی  $0/202$  به دست آمد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه جهت بررسی کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۲۰۹/۷۷	۱	۱۲۰۹/۷۷	۱۸/۴۵	۰/۰۰۱
	گروه	۳۵۴/۹۶	۱	۳۵۴/۹۶	۵/۴۱	۰/۰۳
	خطا	۱۳۷۶/۹۰	۲۱	۶۵/۵۷		
	کل	۳۱۴۷/۳۳	۲۳			

بررسی اثر متغیر آزمایشی بر هریک از ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تاثیر درمان وجودی به شیوه گروهی بر ابعاد سلامت روان ( $p < 0.05$ ) و محیط زندگی ( $p < 0.01$ ) مورد تایید قرار گرفت (جدول ۴). لذا درمان وجودی به شیوه گروهی با ۹۵ درصد اطمینان بر سلامت روانی و با ۹۹ درصد اطمینان ادراک از محیط زندگی تاثیرگذار بوده است. بررسی سایر فرضیه‌های پژوهش تاثیر معنادار درمان وجودی بر افزایش ابعاد سلامت جسمی و روابط اجتماعی را تایید نکرد ( $p < 0.05$ ).

#### بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی دانشجویان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده تاثیر مثبت روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی دانشجویان است. این نتیجه را می‌توان همسو با نتایج پژوهش الکساندر و ویکتوریا (۲۰۰۴) دانست که اثر این رویکرد درمانی را بر احساس خشم و برداشت منفی از خود و افزایش رضایتمندی و کیفیت زندگی بررسی کرده‌اند.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی ابعاد کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
سلامت جسمی	پیش آزمون	۸۰/۲۴	۱	۸۰/۲۴	۸/۸۵	۰/۰۰۷
	گروه	۳/۵۱	۱	۳/۵۱	۰/۳۸	۰/۵۴۱
	خطا	۱۹۰/۴۲	۲	۹/۰۷		
	کل	۲۸۷/۳۳	۲۳			
سلامت روان	پیش آزمون	۱۴۳/۶۶	۱	۱۴۳/۶۶	۳۳/۱۸	۰/۰۰۱
	گروه	۳۳/۸۶	۱	۳۳/۸۶	۷/۸۲	۰/۰۱
	خطا	۹۰/۹۲	۲۱	۴/۳۳		
	کل	۳۱۸/۹۶	۲۳			
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۹/۸۸	۱	۹/۸۸	۷/۰۸	۰/۰۲
	گروه	۴/۸۲	۱	۴/۸۲	۳/۴۶	۰/۰۸
	خطا	۲۹/۲۹	۲۱	۱/۴۰		
	کل	۴۷/۳۳	۲۳			
محیط زندگی	پیش آزمون	۲۱۲/۶۶	۱	۲۱۲/۶۶	۲۴/۵۰	۰/۰۰۱

۰/۰۰۵	۹/۷۲	۸۴/۳۵	۱	۸۴/۳۵	گروه
		۸/۶۸	۲۱	۱۸۲/۲۵	خطا
			۲۳	۴۳۴/۹۶	کل

پژوهش ماردیو وساکز (۲۰۰۶) نیز که اثر رویکرد وجودی و معنویت درمانی را در بهبود روابط، برداشت از خویشتن و کیفیت زندگی زوج های دچار سوگ بررسی کرده بودند، با یافته های پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین پژوهش حسن آبادی (۱۳۸۵) در بررسی تاثیر درمان وجودی به شیوه گروهی بر افزایش عزت نفس زندانیان مرد مشابه یافته های مطالعه حاضر است.

درمان وجودی کاربردهای گسترده و موفقیت آمیزی در زمینه های گروه درمانی، زوج درمانی و خانواده درمانی داشته است (کورسینی، ۲۰۰۸). با توجه به نتایج به دست آمده، فرضیه های پژوهش حاضر که مبنی بر اثربخشی این رویکرد بر کیفیت زندگی بود مورد تایید قرار گرفت. در تبیین این یافته ها باید به این نکته توجه کرد که کیفیت زندگی یک بینش و احساس ذهنی است که محصول ارزیابی و قضاوت فرد از شرایط زندگی کنونی خویش در قیاس با انتظارات او می باشد (اسمیت، ۲۰۰۷). همچنین این مفهوم به جنبه هایی از زندگی اشاره دارد که آن را خوشایند و ارزشمند می سازد. این ارزشمندی برون داد آگاهی و بینشی است که فرد در پاسخ به پرسش های عمیق وجودی خویش به دست می آورد (فریش، ۱۳۸۹).

از سوی دیگر، هدف اصلی رویکرد وجودی یاری افراد برای بررسی چگونگی پاسخ دهی آن ها به سوالات وجودی زندگی و تلاش برای بازبینی و اصلاح این پاسخ ها و در نتیجه افزایش آگاهی نسبت به خود است (کورسینی ۲۰۰۸). با توجه به این که مبنای کیفیت زندگی را همین آگاهی و شناخت ارزش ها تشکیل می دهد (فریش، ۱۳۸۹)، انتظار تغییر و بهبود کیفیت زندگی از طریق این شیوه گروه درمانی منطقی به نظر می رسد. یکی از ویژگی های مهم رویکرد وجودی تطابق و نزدیکی نوع نگاه آن به ماهیت انسان با نوع ارزش های جاری در کشور ماست. وجود این شباهت و تطابق، درک مفاهیم اصلی این رویکرد را برای آزمودنی ها تسهیل کرده بود. پژوهش حاضر به دلیل فقدان دوره پیگیری جهت ارزیابی میزان تداوم اثر درمانی با محدودیت روبه روست. از محدودیت های قابل توجه دیگر این پژوهش عدم برخورداری گروه کنترل از جلسات مشاوره معمولی به منظور حذف اثر انتظار گروه درمانی است که به دلیل محدودیت وقت و امکانات میسر نبود. همچنین با توجه به این که در انتخاب نمونه پژوهش ملاک های خاصی مانند عدم تاهل لحاظ گردید، در تعمیم نتایج می بایست احتیاط صورت گیرد. علی رغم محدودیت های ذکر شده، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این نکات مورد توجه قرار گیرد و اثربخشی این شیوه گروه درمانی با سایر روش های گروهی و در جمعیت های مختلف مورد مقایسه قرار گیرد.



## منابع

- بیگی، علی. (۱۳۸۹). بررسی رابطه کیفیت زندگی، امیدواری و سبک های مقابله ای در معتادان گمنام و معتادان استفاده کننده از متادون. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم.
- حسن آبادی، حسین. (۱۳۸۵). مقایسه میزان اثربخشی سه روش گروه درمانی (عقلانی - عاطفی، وجودی - انسان گرایانه، معنوی - مذهبی) در افزایش عزت نفس زندانیان مرد زندان مرکزی مشهد. پایان نامه دکتری مشاوره. دانشگاه تربیت معلم.
- رحیمی، مهدی. (۱۳۸۶). رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شیراز.
- شماعی، فاطمه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه تمایز یافتگی و کیفیت زندگی در دانشجویان دختر و پسر. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه تربیت معلم.
- فراهانی، محمدنقی؛ محمدخانی، شهرام؛ جوکار، فرهاد. (۱۳۸۸). رابطه بین رضایت از زندگی با کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در معلمان شهر تهران. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۳ (۱): ۱۴-۵.
- فریش، مایکل بی. (۱۳۸۹). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی ترجمه اکرم خمسه تهران: انتشارات ارجمند
- کوری، جerald. (۱۳۸۵). نظریه ها و تمرین های مشاوره گروهی انسان گرا. ترجمه کتابیون دانشوریان. تهران: نشر پرشکوه.
- کوری، ماریان و کوری، جerald. (۱۳۸۶). گروه درمانی. ترجمه سیف الله بهاری و همکاران. تهران: نشر روان.
- مهدوی حاجی، طاهره. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر شادکامی، کیفیت زندگی و تنظیم هیجانی دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم.
- نصیری، ح. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و تهیه نسخه ایرانی آن. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- نظری، علی محمد؛ ضرغامی، سعید. (۱۳۸۸). روان درمانی وجودی: درمان فردی و گروهی. چاپ اول. تهران: نشر پازینه.
- نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۶). نظریه های مشاوره و روان درمانی گروهی. تهران: انتشارات سمت.
- Alexander, C., Robert, A., Victoria, M. (1991).** 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.
- Burehardt, S and Anderson, K. (2003).** Quality of life and measurement of quality of life. *Social indicator research*, 14(4), 657-674.
- Cohn, H. W. (1997).** Existential thought and therapeutic practice. 1<sup>st</sup> ed. London: Sage publication.
- Corey, G., Corey, M. (1992).** Group techniques. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Brooks/Cole.
- Corsini, R. J. (2003).** Current psychotherapies. 6<sup>TH</sup> ed. Itasca: Peacock.
- Corsini, R. J. (2008).** Handbook of innovative therapies. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley.
- King, C., Haberman, M., Berry, D., Bush, N and Hatch, S. (1997).** Introduction: A reorientation in healthcare? Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Liu, L. (2005).** Quality of life as a social representation in china: a qualitative

study. *Social Research*. 75, 217-230.

**Murdere, 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.

**Schalok, R. L., Browns, I., Cumins, R. A.** (2002). Conceptualization Measurement, and application of quality of Life. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470.

**Smith, A. E.** (2007). Quality of life: A review. *Education and Aging*, 15(5), 419-435.

**Smith, T.** (2000). Quality of Life. *Journal of Psychology*, 43(1), 133-145.

**Snyder, C. R., Ingram, R. E.** (2000). Handbook of psychological change. 1<sup>st</sup> ed. New York: John Wiley and Sons.

Archive of SID