



تاثیر درمان وجودی بر تاب‌آوری و سلامت روان زنان و مردان سوگوار مرگ همسر
در دوران شیوع ویروس کرونا

زهرا فاطمی^۱، رضا خاکپور^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۱۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۲۷

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تاثیر درمان وجودی بر تاب‌آوری و سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر در طول دوران شیوع بیماری کرونا بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه زنان و مردان سوگوار ناشی از مرگ همسر در طول دوران بیماری کرونا بود که ساکن شهر قدس تهران بودند و بیش از ۱ ماه از زمان سوگوار شدن آن‌ها نگذشته نبود. شرکت‌کنندگان شامل ۳۰ نفر بودند که به روش تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و سلامت عمومی روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) بود. نتایج حاصل از کواریانس چند متغیری نشان داد که درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر به میزان ۰/۲۶ و بر سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر به میزان ۰/۴۶ تاثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، سلامت روان، سوگوار، کرونا.

۱. کارشناس ارشد مشاوره و روان‌درمانی zahrafatemi9461@gmail.com

۲. (نویسنده مسئول): استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

rezakhakpour43@gmail.com

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فراوان در زمینه پزشکی و پیشرفت بشر در مهار و درمان، برخی از بیماری‌ها هنوز هم به عنوان یکی از امراض جدی و در بسیاری از موارد غیرقابل درمان بوده و سبب مرگ و میر می‌شوند. ویروس جدید کرونا در دسامبر ۲۰۱۹ در ووهان، چین ظاهر شد و در حالی که به سرعت در سراسر جهان گسترش می‌یافت باعث ناامیدی و وحشت همگان می‌شد. این بیماری به طور مکرر از طریق قطرات مایعات خارج شده توسط میزبان منتقل می‌شود. مشخصات بالینی آن شامل ترشحات بینی، گلو درد، سرفه، تب و تنگی نفس است که ممکن است منجر به مرگ ناشی از ذات‌الریه و نارسایی تنفسی شود (کورتگیانی، اینگولیا، ائوپولیتو و گیاراتونا^۱، ۲۰۲۰). متأسفانه آسیب این ویروس تنها به فوت فرد منتهی نمی‌شد. مسئله مهم دیگر خانواده این افراد بود. که اجازه مراسم سوگواری جمعی، تخلیه هیجانات و ابراز غم و ناراحتی را نداشته و تا مدت‌ها بعد از مرگ عزیز از دست‌رفته قرنطینه و نمی‌توانستند با خویشاوندان دیگر ارتباط داشته باشند. همچنین خانواده این افراد در زمانی که باید سوگواری کنند، امکان سوگواری نداشتند. یا ممکن بود. در طی دوران قرنطینگی دچار مشکلات روانشناختی شوند (جوادی و سجادیان، ۱۳۹۹). با توجه به نتایج تحقیقات انجام شده توسط اودام-فورن^۲ (۲۰۲۰) یکی از عواملی که در افراد سوگوار در دوران اپیدمی کرونا تحت تاثیر قرار می‌گرفت و نیاز به تقویت داشت، تاب‌آوری بود. تاب‌آوری^۳، فرآیند سازگاری در مواجهه با سختی، تروما، تراژدی، تهدید یا منابع قابل توجه استرس از جمله مشکلات خانوادگی و ارتباطی، مشکلات جدی سلامتی یا محیط کار و استرس‌های مالی به شمار می‌رود (توسن و تپراک^۴، ۲۰۱۷). تاب‌آوری یک واکنش اضطرابی است که افراد هنگام مواجه شدن با رویدادهای استرس‌زا به کار می‌گیرند. اما این یک ویژگی مادر زادی نیست و هر کسی می‌تواند تاب‌آوری را در خود تقویت کند (آلواردو، اسپاتاریو و وودبری^۵، ۲۰۱۷). از ویژگی‌های افراد تاب‌آور، نگرش مثبت، خوش‌بینی، توانایی تنظیم احساسات و توانایی دیدن شکست برای دریافت بازخورد مثبت است. افراد تاب‌آور حتی پس از مشکلات، چنین دیدگاهی دارند که خوشبخت هستند و می‌توانند بازی را به نفع خود تمام کنند. داشتن چنین روحیه‌ای، منجر به تصمیم‌گیری‌های صحیح می‌شود و نشان دهنده آرامش روانی و ذهنی فرد است (چالن، مکین و گیلهم^۶، ۲۰۱۴). از آن جایی که تاب‌آوری می‌تواند یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار بر سلامت روان باشد، پژوهشگران بر این عقیده‌اند که نقص در تاب‌آوری می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اختلال‌های روانشناختی باشد و این موضوع یکی از زمینه‌های اساسی مورد بررسی متخصصان مشاوره و روان

1. Cortegiani, Ingoglia, Ippolito & Giarratona
2. Odom-Forren
3. resilience
4. Tosten & Toprak
5. Alvarado, Spatariu & Woodbury
6. Challen, Machin & Gillham

درمانی برای تعیین سطح سلامت افراد در حیطه‌های مختلف روانشناختی و جسمانی است (ریگر، وان برن، بیشاپ، تانوفسکی-کراف، ولچ و ویلفلی^۱، ۲۰۱۹).

از سوی دیگر، براساس پژوهش جونپور، تاواریس و میروز گریلو^۲ (۲۰۲۱) سلامت روان افراد در دوران اپیدمی کرونا، به شدت تحت تاثیر قرار می‌گیرد. سلامت روان^۳، ساختار ذهنی است که بر روی تعدادی از نیازهای روحی که فرد با آن‌ها مواجه می‌شود از جمله؛ در روابط و در محل کار تاثیر دارد و پر از فراز و نشیب است (لامباردو، جونز، وانگ، شن و گلدنر^۴، ۲۰۱۸). در طی قرن‌های گذشته، تمرینات سلامت روان بر روی پیدا کردن راهی مناسب جهت از بین بردن حس بد افراد متمرکز بوده است. کمک به افراد برای داشتن حسی بهتر هدفی مهم است اما زمانی که به آن رسیده و کمبودهای آن جبران می‌شود، فرد مجدد به حالت خنثی بازمی‌گردد. متأسفانه به نظر می‌رسد روانشناسی سنتی به افراد ابزار خوبی جهت داشتن حس خوب و شادکامی نمی‌دهد (سلیگمن^۵، ۲۰۱۸). همچنین، سال-هاست که روانشناسان نظریه‌های مختلفی را مورد بررسی قرار داده‌اند تا عواملی که منجر به شکل‌گیری یک زندگی می‌شود، را درک کنند. این تلاش‌ها منجر به گسترش تعاریف، مدل‌ها و شاخص‌های جدیدی از سلامت روان شده است (کوک، ملچرت و کانر^۶، ۲۰۱۶). سلامت روان با دستیابی به وضعیت تعادلی که تحت تاثیر رویدادها و چالش‌های زندگی قرار دارد، به دست می‌آید. به بیانی ساده، سلامت روان داشتن زندگی خوب، احساس خوب و عملکرد موثر است. مفهوم احساس خوب داشتن نه تنها احساسات مثبت، شادی و رضایت را شامل می‌شود، بلکه احساساتی مانند علاقه، تعامل، اعتماد به نفس، محبت، داشتن عملکرد موثر مانند؛ توسعه و رشد توانایی بالقوه یا پتانسیل یک فرد، کنترل کردن زندگی، داشتن حس هدف (مثلا کار کردن با اهداف ارزشمند) و روابط مثبت را نیز در برمی‌گیرد (توئینگ و کمپبل^۷، ۲۰۱۸). در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که سلامت روان یک مفهوم چند بعدی است که از طریق ترکیبی از ویژگی‌های عاطفی، شخصیتی، هویتی و تجارب زندگی ایجاد می‌شود. این ویژگی می‌تواند با افزایش سن و تحصیلات، برون‌گرایی و آگاهی را افزایش و روان‌رنجوری را کاهش دهد. از لحاظ جنسیت، نیز تفاوت معناداری بین میزان سلامت روان مردان و زنان وجود ندارد (هاستد^۸، ۲۰۱۷). به طور کلی می‌توان گفت سلامت روان عامل مهمی در زندگی است که در آن همواره فرد در مورد زندگی خود و دیگران حس خوبی داشته، عواطف منفی را از خود دور کرده و ضعف‌های خود را می‌پذیرد (تانپوا^۹، ۲۰۱۶). با این حال اگر چه، سلامت روان یکی از نیازهای اصلی

1. Rieger, Van Buren, Bishop, Tanofsky-Kraff, Welch & Wilfley

2. Júnior, Tavares & Grillo

3. mental health

4. Lombardo, Jones, Wang, Shen & Goldner

5. Seligman

6. Cooke, Melchert & Connor

7. Twenge & Campbell

8. Husted

9. Taneva

روان انسان است که تا حد زیادی بر زندگی افراد تاثیر می‌گذارد، اما خود از عوامل بسیاری نیز تاثیر می‌پذیرد.

بر اساس پژوهش‌های انجام شده یکی از درمان‌های روانشناختی موثر در بهبود تاب‌آوری و سلامت روان افراد درمان وجودی است. درمان وجودی^۱، نوعی مشاوره و روان‌درمانی بر اساس مدل طبیعی و تجربه انسانی است که توسط سنت وجودی فلسفه اروپا ایجاد شده است و بر مفاهیمی همچون مرگ، آزادی، مسئولیت و معنای زندگی متمرکز است که به طور جهانی در وجود انسان کاربرد دارند (هافمن^۲، ۲۰۲۱). درمان وجودی از طیف وسیعی از رویکردها بهره می‌برد، اما موضوعات اصلی آن بر خود، مسئولیت‌پذیری و آزادی متمرکز است. روان‌درمانگرها به افراد کمک می‌کنند تا در مواجهه با اضطراب، انتخاب با فکر و عملکرد مسئولانه داشته باشد. همچنین، هنگام روبرو شدن با افکار منفی درونی یا فشارهای بیرونی مانند فشارهای اجتماعی یا شانس، بیشتر بر روی اهداف خود تمرکز کنند تا بتوانند به آن‌ها دست یابند (کراگ^۳، ۲۰۱۹). به طور کلی، پرورش خلاقیت، عشق، اصالت و اراده‌ی آزاد، مسیرهای اصلی هستند که به افراد در حرکت به سوی تغییر کمک می‌کنند. از این رو، درمان وجودی با آخرین موضوعات وجودی انسان روبرو است و نشان می‌دهد که چگونه افراد درباره مرگ، آزادی، مسئولیت و ارتباطات و نحوه اصلاح معنا و مفهوم فکر می‌کنند (کارکی^۴، ۲۰۱۸). روان‌درمانگران پیرو این درمان، بر اساس دیدگاهشان درباره زندگی افراد، اهمیت زندگی او را بیان می‌کنند. چرا که هسته اصلی مشاوره و روان‌درمانی وجودی، ارجاع دادن به نکته‌ای است که می‌تواند یک انتخاب آزاد داشته باشد و بیش از رویکردهای دیگر، آگاهی انسان از خود و توانایی او در داشتن دید وسیعی نسبت به مشکلات و مسائل وجودی را بررسی می‌کند (گرینسلید^۵، ۲۰۱۸). به عبارتی، این رویکرد مبتنی بر نظامی از روش‌ها نیست، بلکه به جای آن تلاشی صادقانه برای درک جهان بینی مراجع از طریق رویارویی درمانی است. وجودگرایان خاطرنشان می‌کنند که انسان‌ها موجودات آزادی هستند که قادرند شیوه زیستی بودنشان در دنیا را انتخاب کنند و با توجه به این امر، پیش فرض مسئولیت‌پذیری به وجود می‌آید که می‌تواند به عنوان عامل تسهیل‌کننده‌ای برای ایجاد تغییر عمل کند (اشنایدر^۶، ۲۰۱۶).

در پژوهش‌های انجام شده توسط بالوق، تانکا، ترک، وسی و تاگوچی^۷ (۲۰۲۱) تاثیر مشاوره و روان‌درمانی وجودی و علوم اعصاب در اختلال اضطراب مقایسه شده است، در پژوهش کلادر-میکوس، بکر، اسپیکر، اسپکنس و ویجسن^۸ (۲۰۱۹) تاثیر درمان وجودی بر نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی

1. existential therapy

2. Hoffman

3. Krug

4. Karki

5. Greenslade

6. Schneider

7. Balogh, Tanaka, Török, Vécsei & Taguchi

8. Cladder-Micus, Becker, Spijker, Speckens & Vrijzen

مزمین و در پژوهش ووس^۱ (۲۰۱۵)، تاثیر درمان وجودی بر تاب‌آوری به تفکیک تایید شده است. اما در جست وجو پژوهشگر، هیچ پژوهشی در زمینه تاثیر درمان وجودی بر تاب‌آوری و سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر در طول دوران بیماری کرونا به طور همزمان یافت نشد. براین اساس، پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخ این پرسش است که آیا درمان وجودی بر تاب‌آوری و سلامت روان زنان و مردان سوگوار مرگ همسر در دوران شیوع ویروس کرونا موثر است؟

روش

روش این پژوهش نیمه آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) است. در این طرح از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل با اجرای پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. اعضای هر گروه قبل از شروع جلسات درمان گروهی به پیش آزمون پاسخ دادند. افراد گروه آزمایش در شرایط کنترل شده در معرض متغیر مستقل قرار گرفتند. و در ۹ جلسه مداخله‌ای درمان وجودی گروهی شرکت کردند. سپس هر دو گروه بعد از اتمام دوره آزمایشی، به پس آزمون پاسخ دادند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر در طول دوران شیوع ویروس کرونا که ساکن شهر قدس تهران بودند. نمونه‌ها به صورت میدانی از آرمستان‌های شهر قدس جمع آوری شدند. و بیش از ۱ ماه از زمان سوگوار شدن آن‌ها نگذشته بود ملاک‌های ورود به نمونه پژوهش؛

دامنه سنی زنان و مردان از ۲۰-۵۰ سال تمام باشد. رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش را داشتند. زنان و مردان سابقه ابتلا به اختلال روانی تشخیص داده شده توسط روانشناس بالینی یا مشاور یا روانپزشک با سابقه را نداشته باشند. سابقه طلاق و ازدواج مجدد را نداشته باشند. عدم دریافت مشاوره توسط روان در مانگر دیگر هم جز ملاک‌های ورود به پژوهش بود.

ملاک‌های خروج از پژوهش: ملاک‌های خروج از پژوهش هم شامل تشخیص مصرف مواد مخدر و الکلی یا ابتلا به اختلال روانی، اعلام نارضایتی از شرکت در پژوهش، نقص در پاسخگویی به آزمون‌های سنجش پیش آزمون، غیبت بیش از ۱ جلسه در جلسات مداخله و نقص در پاسخگویی به آزمون‌های پس آزمون بود. در این پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها و حریم خصوصی و انسانی آن‌ها، ملاحظات اخلاقی رعایت شد: فرایندها و مدت زمان لازم برای پاسخ به آزمون‌ها بطور کامل برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و از آنان برای شرکت در پژوهش به صورت کتبی رضایت نامه گرفته شد، به منظور رعایت حریم خصوصی افراد، در آزمون‌ها و ابزارهای سنجش و گزارش‌ها از ذکر نام آزمودنی‌ها اجتناب شد، آنها آزاد بودند. هر زمان که بخواهند از پژوهش خارج شوند، به شرکت کنندگان ابلاغ شد که نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر و توضیح داده شده و اینکه به افراد شرکت کننده اطلاع داده شد که مشارکت در تحقیق موجب هیچگونه بار مالی برای آنان نمی‌شود.

پرسشنامه سلامت عمومی روان (GHQ-28) پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ساخته شده و دارای ۲۸ سؤال و ۴ مقیاس است که هر مقیاس شامل ۷ سؤال می‌باشد. متن پرسشنامه راجع به وضع کسالت و ناراحتی در فرد با تأکید بر مسائل روان شناختی، جسمانی و اجتماعی در زمان حال است. و از این طریق علائم مرضی و حالت‌های تندرستی فرد ارزیابی می‌شود. فرم اصلی این پرسش نامه دارای ۶۰ سؤال است و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سؤالی نیز ساخته شده و به ۳۸ زبان ترجمه شده و مطالعات روان سنجی بر روی آن در ۷۰ کشور جهان انجام گردیده است.

مطالعات روان - سنجی نسخه‌های مختلف این آزمون نشان می‌دهد که نسخه ۲۸ سؤالی این پرسشنامه نسبت به سایر نسخه‌ها آن بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و کفایت است. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (بیشتر از حد معمول نمره ۴، در حد معمول نمره ۳، کمتر از حد معمول نمره ۲، خیلی کمتر از حد معمول نمره ۱) تکمیل می‌شود. حداقل نمره در هر مولفه ۷ و حداکثر آن ۲۸ است و این اعداد برای کل پرسشنامه به ترتیب بین ۲۸ تا ۱۱۲ است. در مطالعه مطلبی و کیانی (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ با پژوهشی بر روی ۱۱۶ نفر از معلمان مدارس استثنایی شامل، نشانگان جسمی ۰/۷۹، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۲، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۸۵ بدست آمده است.

مقیاس سنجش تاب‌آوری: پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ۲۵ گویه دارد و در مقیاس لیکرت بین صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه سطوح مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، ولی یک نمره کل دارد. سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و خطر) روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس را به دست آورده‌اند. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است و همسانی درونی، پایایی باز آزمایی و روایی همگرا و واگرا مقیاس کافی گزارش شده‌اند. (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) فرم فارسی این مقیاس در مطالعات قبلی از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است (بشارت، ۱۳۸۶) و در پژوهش حق رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس (۱۳۹۰) ضریب آلفای آن ۰/۸۴ گزارش شده است.

روان‌درمانی وجودی: برنامه مداخله روان‌درمانی وجودی گروهی برگرفته از کتاب مشاوره و روان‌درمانگری گروهی با تمرکز بر رویکرد وجودی نصیری‌هانیس و همکاران (۱۳۹۶) به شرح زیر است:

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان وجودی

جلسه اول: پذیرش و خوشامدگویی به شرکت‌کنندگان، معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر و یاردرمانگر؛ تشریح ساختار گروه، روند نحوه ارزیابی و درمان و اهداف جلسات، تشریح قوانین گروهی با تمرکز بر اصول اخلاقی و ارتباطی؛ برقراری رابطه حسنه ضمن معارفه و هدایت جلسه؛ شرح مختصری درباره موضوع‌های وجودی جلسات بعد.

جلسه دوم: تشریح خودآگاهی وجودی و اراده آزاد؛ تسهیل افزایش حضور در اینجا و اکنون و افزایش خودآگاهی وجودی با تمرکز بر انتخاب‌های کنونی هنگام گفت و گو در گروه؛ بسط مفهوم خودآگاهی در پاسخ به پرسش من کیستم؟ با تمرکز بر نگرش به خود همچون یک بیمار؛ افزایش آگاهی از نقش انتخاب در زندگی.

جلسه سوم: گفت و گو درباره آزادی اراده و مسئولیت ناشی از آن؛ گفت و گو درباره اضطراب ناشی از انتخاب‌های آزاد و مسئولیت؛ تمرکز بر اضطراب و احساس گناه وجودی ناشی از انتخاب‌های کنونی اعضا در زمینه گفت‌وگو و رویارویی با سایر اعضا؛ شرح محاسن اضطراب وجودی.

جلسه چهارم: شرح مفهوم قصدمندی^۱ و کندوکاو درباره چگونگی رقم خوردن سرنوشت بر اساس انتخاب و تلقی سرنوشت همچون زمینه‌ای تازه برای انتخاب مجدد، شرح مفهوم قصدمندی و سوءنیت از دیدگاه رولو می^۲ و ژان پل سارتر^۳؛ تأکید بر حضور در اینجا و اکنون با تمرکز بر برنامه زندگی، هدف و مقاصد کنونی اعضا.

جلسه پنجم: پرداختن به مفهوم صمیمیت و انزوا و آگاهی از تنهایی وجودی؛ تبادل نظر درباره صمیمیت، عشق و تعارضات میان فردی با تمرکز بر الگو ساختن گفت و گوی من-تو؛ تشریح تفاوت اصالت و بدلی و غیر اصیل ظاهر شدن در رابطه با دیگران بر اساس دیدگاه اعضا.

جلسه ششم: افزایش آگاهی از مرگ از طریق گفت و گو درباره واقعیت مرگ به منزله رخدادی غیرقابل اجتناب؛ درک اهمیت آگاهی از میرایی و فناپذیر بودن در این دنیا برای پربارسازی کیفیت زندگی.

جلسه هفتم: گفت و گو درباره پوچی و بی‌معنایی و معنای زندگی؛ تشریح نقش ارزش‌ها، پوچی و عشق در خلق معنای زندگی، دعوت اعضا برای ارائه مصداق «شدن» و با تمرکز بر تدوین ارزش‌ها، اهداف و طرح زندگی آینده؛ یافتن معنا در رنج و کنار آمدن با احساسات بیهودگی و پوچی در زندگی با تمرکز بر وضعیت سلامتی کنونی.

جلسه هشتم: گفت و گو درباره تغییرات ادراک‌شده در زمینه حتمیت‌های وجودی؛ گفت‌وگو در زمینه بررسی بازخوردها و انتقادات و پیشنهادهای اعضای گروه؛ تشریح تجربه گروه‌درمانی و پیامدهای آن از دید اعضا.

جلسه نهم: ابرازگری درباره آموخته‌ها و تغییرات وجودی ادراک‌شده توسط اعضای گروه.

روش اجرا: پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های نیمه آزمایش بود که هدف آن شناسایی تاثیر درمان وجودی بر تآوری و سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر در طول بیماری کرونا می‌باشد. در این طرح

نتایج

اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که از نظر جنسیت، در گروه کنترل جنسیت ۷۰ درصد افراد زن و ۳۰ درصد مرد بود و در گروه آزمایش جنسیت ۶۰ درصد زن و ۴۰ درصد مرد بود. همچنین در گروه کنترل سن ۱۰ درصد افراد بین ۲۰-۳۰ سال، ۱۰ درصد بین ۳۰-۴۰ سال، ۴۰ درصد بین ۴۰-۵۰ سال و ۴۰ درصد ۵۰ سال به بالا بود. در گروه آزمایش سن ۳۰ درصد افراد بین ۲۰-۳۰ سال، ۲۰ درصد بین ۳۰-۴۰ سال، ۲۰ درصد بین ۴۰-۵۰ سال و ۳۰ درصد ۵۰ سال به بالا بود. ضمناً در گروه کنترل مدت تاهل کل افراد جامعه بیشتر از ۵ سال بود اما در گروه آزمایش مدت تاهل ۱۰ درصد افراد بین یک تا ۵ سال و ۹۰ درصد بیشتر از ۵ سال بود.

جدول ۲: آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش

منبع متغیر		تعداد		کنترل		آزمایش	
				انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون		۱۵		۷۳/۴۰	۲/۴۶	۷۴/۰۰	۵/۵۲
تاب‌آوری		۱۵		۷۳/۱۰	۲/۴۲	۷۸/۸۰	۶/۹۷
سلامت روان		۱۵		۷۰/۲۰	۸/۰۰	۶۹/۶۰	۱۴/۵۸
پس‌آزمون		۱۵		۶۸/۵۰	۱۲/۶۲	۴۹/۷۰	۸/۹۶
نشانه‌گان جسمی		۱۵		۱۷/۰۰	۵/۲۷	۱۷/۵۰	۴/۳۰
پس‌آزمون		۱۵		۱۷/۰۰	۵/۰۳	۱۲/۵۰	۳/۹۵
اضطراب و بی‌خوابی		۱۵		۲۰/۳۰	۴/۸۵	۲۰/۳۰	۶/۷۵
پس‌آزمون		۱۵		۲۰/۵۰	۵/۲۱	۱۴/۴۰	۵/۰۲
اختلال در کارکرد اجتماعی		۱۵		۱۷/۳۰	۴/۶۰	۱۶/۰۰	۵/۳۱
پس‌آزمون		۱۵		۱۶/۶۰	۴/۰۱	۱۳/۲۰	۳/۵۵
پس‌آزمون		۱۵		۱۵/۶۰	۵/۸۰	۱۵/۸۰	۷/۰۸
پس‌آزمون		۱۵		۱۴/۴۰	۶۲/۲۲	۹/۶۰	۳/۵۰

با توجه به اطلاعات جدول ۲، میانگین نمرات تاب‌آوری در گروه آزمایش بیشتر از کنترل و نمرات سلامت روان و مولفه‌های آن در گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش گزارش شده است، لازم به ذکر است نمره کمتر در سلامت روان نشان‌دهنده سلامت روان بیشتر است. به منظور انجام آزمون مانکوا ابتدا اقدام به بررسی و تایید پیش‌فرض‌های این آزمون شد. بر این اساس، شناسایی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۱، پیش‌فرض عدم وجود تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه، بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرها با

استفاده از نمودار پراکندگی^۱، فرض همگنی ماتریس کواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس^۲ و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون^۳ انجام و تایید شد. برای بررسی تاثیر درمان وجودی بر تاب‌آوری و سلامت روان زنان و مردان شرکت کننده در پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شده است. لذا ابتدا پیش فرض‌های آزمون بررسی شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های چند متغیره بررسی تاثیر درمان وجودی بر تاب‌آوری و سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر

آزمون	مقدار	F	d.f فرضیه	Df خطا	P	η^2
پیلایی	**497/0	413/7	2	15	006/0	497/0
لامبدای ویلکز	**503/0	413/7	2	15	006/0	497/0
هوتلینگ	**988/0	413/7	2	15	006/0	497/0
بزرگترین ریشه روی	**988/0	413/7	2	15	006/0	497/0

برای بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین متغیرهای ترکیبی از بین تاب‌آوری و سلامت روان آماره چند متغیره لامبدای ویلکز^۴ مورد بررسی قرار می‌گیرد. لامبدای ویلکز در کنار پیلایی^۵، بزرگترین ریشه روی^۶ و هوتلینگ^۷ یکی از آزمون‌های چند متغیره است که نشان می‌دهد آیا از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در بین گروه‌ها در ترکیب خطی خرده مقیاس‌های مورد نظر وجود دارد یا نه (تباچنیک و فیدل^۸، ۲۰۰۷). با توجه به اطلاعات جدول ۳ مشاهده می‌شود که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۵۰۳ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۷/۴۱۳ است. سطح معنی‌داری این مقدار با درجه آزادی ۲ و ۱۵ کمتر از ۰/۰۱ است ($P < 0/01$). این امر نشان می‌دهد که بین افراد گروه‌های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از مولفه‌های تاب‌آوری و سلامت روان تفاوت وجود دارد. با توجه به ضریب اتا، درمان وجودی بر تاب‌آوری و سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر به میزان ۰/۴۹ تاثیر دارد ($p < 0/01$), $\Lambda = 0/475$, $F_{(15,2)} = 7/413$, $\eta^2 = 0/49$.

1. Scatter diagram
2. Box'M
3. Leven
2. Wilks' Lambda
3. Pillai's Trace
6. Roy's Largest Root
5. Hotelling's Trace
8. Stevens

جدول ۴: نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات تاب‌آوری

منبع متغیر	SS	SS	df	Ms	F	Sig	ضریب اتا
گروه	۱۴۵/۵۵۵	۱	۱۴۵/۵۵۵	۵/۹۷	۰/۰۲۶	۰/۲۶۰	
خطا	۴۱۳/۹۰۵	۱۷	۲۴/۳۴۷	-	-	-	تاب‌آوری
کل اصلاح شده	۶۵۲/۹۵۰	۱۹	-	-	-	-	

برای بررسی تاثیر درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان و مردان شرکت کننده در پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل در جدول ۴ نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین تاب‌آوری برابر با ۵/۹۷ ($F_{(1,93)} = 5.97$) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۲۶ ($\alpha = 0.026$) به دست آمده است و این سطح از مقدار مفروض کمتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان و مردان سوگوار ناشی از مرگ همسر به میزان ۰/۲۶ تاثیر دارد ($F_{(1,93)} = 5.97$, $\eta^2 = 0.026$, $p < 0.05$). با توجه به میانگین تعدیل شده نمرات تاب‌آوری (۷۸/۶۵ و ۷۳/۲۴) در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بود. در نتیجه درمان وجودی بر افزایش تاب‌آوری زنان و مردان سوگوار ناشی از مرگ همسر در طول دوران شیوع بیماری کرونا موثر است.

جدول ۵: نتایج آزمون‌های چند متغیره بررسی تاثیر درمان وجودی بر سلامت روان زنان و مردان سوگوار ناشی از مرگ همسر

آزمون	مقدار	F	d.f	Df	P	η^2
			فرضیه	خطا		
پیلایی	۰/۵۶۱	۳/۵۱۵	۴	۱۱	۰/۰۴۴	۰/۵۶۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۳۹	۳/۵۱۵	۴	۱۱	۰/۰۴۴	۰/۵۶۱
هوتلینگ	۱/۲۷۸	۳/۵۱۵	۴	۱۱	۰/۰۴۴	۰/۵۶۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۲۷۸	۳/۱۵/۵	۴	۱۱	۰/۰۴۴	۰/۵۶۱

برای بررسی تاثیر درمان وجودی بر ابعاد سلامت روان زنان و مردان سوگوار مرگ همسر در دوران شیوع ویروس کرونا از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. با توجه به اطلاعات جدول ۵ مشاهده می‌شود که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۴۳۹ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۳/۵۱۵ است. سطح معنی‌داری این مقدار با درجه آزادی ۴ و ۱۱ کمتر از ۰/۰۵ است ($P < 0.05$). این امر نشان می‌دهد که بین افراد گروه‌های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از مولفه‌های سلامت روان تفاوت وجود دارد. با توجه به ضریب اتا، درمان وجودی بر سلامت روان زنان و مردان سوگوار ناشی از مرگ همسر به میزان ۰/۵۶ تاثیر دارد ($\Lambda = 0.439$, $F_{(1,93)} = 3.515$, $\eta^2 = 0.056$, $p < 0.05$).

جدول ۶: نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات سلامت روان

منبع متغیر	SS	DF	MS	F	Sig	ضریب اتا
نشانگان جسمی	۱۱۲/۲۴۸	۱	۱۱۲/۲۴۸	۹/۴۱	۰/۰۰۸	۰/۴۰۲
اضطراب و بی‌خوابی	۱۹۱/۳۹۸	۱	۱۹۱/۳۹۸	۶/۹۷	۰/۰۱۹	۰/۳۳۲
اختلال در کارکرد اجتماعی	۷۰/۸۹۶	۱	۷۰/۸۹۶	۵/۱۶	۰/۰۳۹	۰/۲۶۹
افسردگی	۱۲۸/۴۹۶	۱	۱۲۸/۴۹۶	۴/۹۷	۰/۰۴۳	۰/۲۶۲
نشانگان جسمی	۹۵۷/۱۶۶	۱۴	۹۲۶/۱۱	-	-	-
اضطراب و بی‌خوابی	۴۸۶/۳۸۴	۱۴	۴۶۳/۲۷	-	-	-
اختلال در کارکرد اجتماعی	۲۱۸/۱۹۲	۱۴	۷۳۰/۱۳	-	-	-
افسردگی	۹۴۵/۳۶۱	۱۴	۸۵۳/۲۵	-	-	-
نشانگان جسمی	۷۵۰/۴۶۹	۱۹	-	-	-	-
اضطراب و بی‌خوابی	۹۵۰/۶۵۶	۱۹	-	-	-	-
اختلال در کارکرد اجتماعی	۳۱۵/۸۰۰	۱۹	-	-	-	-
افسردگی	۵۷۴/۰۰۰	۱۹	-	-	-	-

نتایج تحلیل در جدول ۶ نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین نشانگان جسمی برابر با ۹/۴۱ ($F_{(۱,۹۰)} = ۹/۴۱$) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۸ ($\alpha = ۰/۰۰۸$) به دست آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۱ کمتر است؛ بنابراین، درمان وجودی بر نشانگان جسمی زنان و مردان سوگوار ناشی از مرگ همسر به میزان ۰/۴۰ تاثیر دارد ($p < ۰/۰۱$)، $\eta^2 = ۰/۴۰$ ، $F_{(۱,۹۰)} = ۹/۴۱$. مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین اضطراب و بی‌خوابی برابر با ۵/۶۴ ($F_{(۱,۹۰)} = ۵/۶۴$) همچنین محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۱۹ ($\alpha = ۰/۰۱۹$) بدست آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۵ کمتر است؛ بنابراین درمان وجودی بر اضطراب و بی‌خوابی شرکت کنندگان در پژوهش به میزان ۰/۳۲ تاثیر دارد ($p < ۰/۰۵$)، $\eta^2 = ۰/۳۲$ ، $F_{(۱,۹۰)} = ۶/۹۷$. مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین اختلال در کارکرد اجتماعی برابر با ۵/۱۶ ($F_{(۱,۹۰)} = ۵/۱۶$) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۳۹ ($\alpha = ۰/۰۳۹$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۵ کمتر است؛ بنابراین درمان وجودی بر اختلال در کارکرد اجتماعی شرکت کنندگان در پژوهش به میزان ۰/۲۶ تاثیر دارد ($p < ۰/۰۵$)، $\eta^2 = ۰/۲۶$ ، $F_{(۱,۹۰)} = ۴/۹۷$. مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین افسردگی برابر با ۴/۹۷ ($F_{(۱,۹۰)} = ۴/۹۷$) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۴۳ ($\alpha = ۰/۰۴۳$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۵ کمتر است؛ بنابراین، درمان وجودی بر افسردگی زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر به میزان ۰/۲۶ تاثیر دارد.

($p < 0/05$, $\eta^2 = 0/26$, $F(19,1) = 4/97$). با توجه به میانگین تعدیل شده نمرات نشانگان جسمی (۱۲/۳۵ و ۱۷/۱۴)، اضطراب و بی‌خوابی (۱۴/۳۲ و ۲۰/۵۷)، اختلال در کارکرد اجتماعی (۱۲/۹۹ و ۱۶/۸۰) و افسردگی (۹/۴۳ و ۱۴/۵۶) در گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش بود. به این ترتیب، نتایج نشان داد درمان وجودی بر بهبود سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر در طول دوران شیوع بیماری کرونا موثر بود.

نتایج نشان داد که درمان وجودی بر تاب‌آوری و سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر به میزان ۰/۴۹ تاثیر داشته است ($p < 0/01$). بر اساس نتایج این فرضیه، درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان و مردان سوگوار ناشی از مرگ همسر به میزان ۰/۲۶ و بر سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر به میزان ۰/۴۶ تاثیر داشته است. در خصوص همسویی نتایج این پژوهش با پژوهشهای قبلی درباره رابطه تاثیر درمان وجودی بر تاب‌آوری و سلامت روان زنان و مردان سوگوار می‌توان گفت؛ که طبق بررسی‌های پژوهشگر اگرچه در خصوص تاثیر سایر رویکردهای درمان‌های روانشناختی بر وضعیت روانی زنان و مردان سوگوارمانند پژوهش‌های شاملی، چالمه و خرم‌دل (۱۴۰۰)، کبیری دهکردی، محمدخانی و دمهری (۱۴۰۰)، کرمی، سعیدمنش و دمهری (۱۴۰۰)، اصلانی، حاجی حیدری، رجبی و امان‌الهی (۱۳۹۸)، قمری کیوی، زاهد بابلان و فتحی (۱۳۹۴) و نعمتی‌پور و گلزاری (۱۳۹۴) و در مورد تاثیر روش درمان وجودی بر متغیرهای دیگر نیز مطالعات و پژوهش‌هایی مانند بالوک و همکاران (۲۰۲۱)، کلادر-میکوس و همکاران (۲۰۱۹)، ری (۲۰۱۸) و ووس (۲۰۱۵) انجام شده‌است. در پژوهش خدادی (۱۳۹۳) و اثر بخشی درمان وجودی به شیوه گروهی بر افزایش سلامت روان دانشجویان صورت گرفته است نتایج حاصل از تحلیل کوریانس نشان داد که درمان وجودی به شیوه گروهی در افزایش سلامت روان دانشجویان موثر است و همچنین در پژوهش افشار پور (۱۴۰۰) که به بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شده بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی و درمان وجودی باعث افزایش تاب‌آوری و مولفه‌های آن شده‌اند. لکن پژوهش‌هایی که مشخصاً به ارتباط این دو متغیر با همدیگر و نه ارتباط هر یک از آن‌ها با مقولات دیگر، پرداخته باشد مشاهده نشد. که دلیل آن ممکن است به خاطر عدم دسترسی پژوهشگرها به دلیل تحقیقات به نسبت کمتری باشد که در این زمینه انجام شده است که اگر چنین باشد خود می‌تواند توجیهی برای ضرورت انجام پژوهش حاضر باشد؛ در تبیین این یافته باید گفت که در درمان وجودی، پژوهشگر بر شناخت دیدگاه ذهنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش از دنیا، تمرکز داشت. از این‌رو پژوهشگر سعی در ورود به دنیای پدیدارشناختی افراد گروه آزمایش کرده است به طور کلی، درمان وجودی مسیری است که توسط درمانگر و مراجع در درون دنیای ذهنی مراجع همان‌گونه که او آن را درک می‌کند، پیموده می‌شود اما این کاوش مستلزم آن است که درمانگر نیز در تماس با دنیای پدیدارشناختی خود باشد. مشاوره و روان‌درمانی وجودی تلاشی است برای یاری مراجعان به منظور بررسی چگونگی پاسخ آنان به سؤالات وجودی زندگی و کوششی است که آن‌ها را برای بازبینی پاسخ‌هایشان به چالش می‌کشد تا زندگی اصیلی رادر هستی آغاز کنند.

در فرایند اجرای مداخلات، پژوهشگر این فرصت را برای افراد گروه آزمایش فراهم ساخت تا ارزش‌ها، عقاید و همچنین نوع نگرش به دنیا، افراد و وقایعی را که با آن‌ها روبه‌رومی باشند به روشنی ادراک کنند. تصریح و روشن‌سازی موارد فوق‌الذکر این فرصت را به افراد گروه آزمایش داد تا آزادانه به این کاوش بپردازند که آیا این شیوه ی بودن، فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن می‌تواند. به بهترین وجه به آنان کمک کنند تا زندگی منطبق بر ارزش‌های مد نظرشان را داشته باشند، زندگی معناداری داشته باشند و زندگی داشته باشد که فعالانه درگیر انتخاب کردن باشد؛ به نحوی که این انتخاب‌ها بر- اساس نیازهای خودشان انجام شده باشد. این فرایند انتخاب آگاهانه و برگرفته از نیازهای اساسی، این فرصت را برای افراد گروه آزمایش فراهم کرد تا مسیر تغییرات مورد نظر را پیدا کرده و ازین طریق فعالانه در جهت انتخاب شیوه ارضای نیازهای اساسی خود گام بردارند و از انفعال ناشی از سوگ و درماندگی دور شوند. در این فرایند آنچه که درمان وجودی به زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر ارائه داد فعال بودن و سرزندگی در راستای رسیدن به اهداف اساسی زندگی و تاثیر گذاری مستقیم بر میزان سلامت روان و تاب‌آوری آنان بود..

نتایج حاصل از کوواریانس تک متغیری نشان داد که درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر به میزان $0/۲۶$ تاثیر داشته است ($P < 0/۰۵$). در تبیین این یافته باید به منابع تاب‌آوری اشاره کرد. تاب‌آوری بعنوان یک توانایی در دستیابی به اهداف و کنار آمدن با شرایط ناخوشایند، ناشی از ادراک هدف قابل دسترس و ادراک این مساله است که تاب‌آوری در دستیابی به این اهداف می‌تواند موثر باشد. حال آنکه، تمرکز درمان وجودی بر انتخاب‌ها و مسیرهای موجود به سمت رشد شخصی و تأکید بر مسئولیت‌های شخصی، ارتقای آگاهی به موقعیت‌های کنونی و احساس تعهد نسبت به تصمیم‌گیری و عمل است. درمان وجودی به دنبال این است که به درمانجویان کمک کند، اگرچه نمی‌تواند برخی از رویدادهای ناخوشایند و رنج آور در زندگی مانند مرگ همسر را تغییر دهند، اما می‌تواند تحلیل وطرز فکر و برداشت خود نسبت به این حوادث را تغییر دهند. در واقع روان‌درمانی وجودی تلاش نمی‌کند تا درد و رنج انسان‌ها را از بین ببرد، بلکه از آنجا که زندگی انسانها از لحاظ ماهیتی توأم با رنج است در عوض به انسان‌ها کمک می‌شود با پذیرش واقعیت درد و رنج برای دردهای زندگی خود معنا بیابند، انسان‌ها واکنش‌های گوناگون به شرایط دردناک در زندگی شان می‌دهند و هنگامی که با رویدادهایی روبه‌رو می‌شوند که بودن آن‌ها را تهدید میکند، مسائل وجودیشان برانگیخته می‌شود که درگیر شدن در سوگ، یکی از این رویدادهاست. در این شرایط، در گروه درمانی وجودی از مرگ همسر این آگاهی داده می‌شود که هرچند نمیتوانند شرایط واقعی زندگی را تغییر دهند، اما می‌توانند روش‌های مقابله با آن را تغییر داده و از بی‌حوصلگی و عدم تحمل مشکلات زندگی به سمت تاب‌آوری و سازگاری با شرایط سخت، حرکت کنند. انسان‌ها زمانی که با شرایط سخت زندگی روبه‌رو می‌شوند تاب‌آوری و تحمل خود را که از مؤلفه‌های اصلی سازگاری با شرایط دشوار زندگی است از دست می‌دهند. همان‌طور که گفته شد یکی از اهداف گروه درمانی وجودی کمک به افراد برای جستجوی معنا و معنا دادن به اتفاقات دردناک زندگی است. یکی دیگر از ملزومات

تاب‌آوری، خودسنجی واقع‌بینانه‌ای از توانایی‌ها و شایستگی‌های فردی است. افراد تاب‌آور جهت‌گیری پیش‌گستر دارند، یعنی تمایل دارند عوامل تنش‌زا را به صورت زودگذر و موقتی ببینند و دارای خودسنجی واقع‌بینانه‌ای می‌باشند. و نسبت به حوادث آینده امیدوارند. در این زمینه روان‌درمانی وجودی با تنظیم جهان‌بینی فرد و مشخص کردن جایگاه او در هستی، خود‌پذیری فرد را تقویت می‌کند. پذیرفتن خود به مفهوم ارزشی و احترام قائل شدن برای خود و توانایی‌های شخصی است. بی‌قید و شرط دوست داشتن خود و سعی در شناخت نقاط مثبت خود و پرورش دادن آنها و از طرف دیگر شناخت نقاط ضعف خود و کتمان نکردن آنها که در نتیجه دریافت مشاوره روان‌درمانی وجودی رشد می‌کند، زمینه‌ساز تاب‌آوری است. و آستانه تحمل فرد را افزایش دهد. در گروه درمانی این فرصت به زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر داده شد. که هر چند با شرایط اجتناب‌ناپذیر رو به رومی‌باشند، اما این آزادی و اختیاری دارند که افکارشان را نسبت به محدودیت و رنج تغییر داده، و بازنده شرایط دشوار نشوند و از این طریق دلیل و معنایی برای دردها و رنج‌هایشان پیدا کنند. با توجه به این موارد، وقتی آن‌ها به این باور برسند، تاب‌آوری آنها در خصوص رویداد ناگوار مرگ همسر ارتقا پیدا کرده و به دنبال آن تغییرات مثبت در آنان به وجود می‌آید.

نهایتاً، نتایج حاصل از کوواریانس چند متغیری نشان داد درمان وجودی بر سلامت روان زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر به میزان ۰/۵۶ تاثیر داشته است. ($p < 0/05$). همچنین، درمان وجودی بر نشانگان جسمی به میزان ۰/۴۰، بر اضطراب و بی‌خوابی زنان و مردان سوگوار ناشی از مرگ همسر به میزان ۰/۳۲، بر اختلال در کارکرد اجتماعی به میزان ۰/۲۶ و بر افسردگی زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر به میزان ۰/۲۶ داشته است. مرگ همسر رویدادی است که فرد ناخواسته در معرض آن قرار می‌گیرد، اما این آزادی و توانایی را دارد که نوع پاسخ خود را به این رویداد در زندگی انتخاب کند. در این راستا فردی که درگیر مرگ همسر است، از طریق مشاوره و روان‌درمانی وجودی و سایر روان‌درمانی‌ها، به این احساس می‌رسد که می‌تواند برای تغییر دیدگاه خود به این رویداد دردناک در زندگی، کاری انجام دهد و این آزادی را دارد که در قبال شرایط بیرونی، موضع خاصی را اتخاذ کند که بتواند آینده روشنی را برای خود رقم بزند. از سوی دیگر، فرد سوگوار متوجه این قضیه می‌شود. که دیگر امکان زندگی با همسرش را ندارد و به همین دلیل ممکن است نوعی ناامیدی و ناکامی در او ریشه دواند و با عمیق‌ترین حالات انسانی که درد و رنج و تنهایی و بی‌معنایی است، مواجه شود. پس از مرگ همسر، همسر بازمانده در زمینه پرورش بچه‌ها متحمل بار سنگینی می‌شود. چنانچه والدین در دوره آشیانه خالی باشند و یا فرزند نداشته باشند مرگ همسر می‌تواند شریک او را تنها، منزوی و افسرده سازد. چنانچه فرزندان در سن نوجوانی بوده و در خانه باشند، همسر بازمانده باید علاوه بر نیازهای عاطفی فرزندان، مسائل مالی را نیز مورد توجه قرار دهد. ممکن است والد بازمانده نیاز به خلوت و تنهایی داشته باشد تا بتواند با همسر از دست رفته صحبت کند و غم ناشی از فقدان را برون‌ریزی و تخلیه کند، ولی همچنان فرزندان با درخواست‌ها و اظهار نیازهای خود حواس والد بازمانده را از غم خود پرت می‌کنند. در این شرایط، افت سلامت روان یکی از محتمل‌ترین اتفاقات ممکن است. در این

شرایط یکی از اصول اساسی رویکرد وجودی، پذیرش درد و رنج در زندگی می‌باشد. وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسان تر می‌شود و زندگی را با تمام شرایط آن می‌پذیرد. این درمان ساختار مطلوبی را درباره هستی و ماهیت وجودی انسان، تنهایی، انزوا، اضطراب و ناامیدی مطرح می‌کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه درمانجو و درمانگر، رویارویی صادقانه و تغییر به‌عنوان یک عمل شجاعانه از درمانجو، تأکید دارد. برگزاری جلسه‌های گروهی با رویکرد وجودی موجب شد که زنان و مردان سوگوار از مرگ همسر با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و این احساس که همه چیز از بیرون هدایت و کنترل می‌شود جای خود را به کنترل درونی، دهد و تنها در این صورت است که افراد می‌توانند بر زندگی خود و همچنین بر پریشانی‌های روانی ناشی از مرگ همسر خود، مسلط شوند و برای زندگی شادتر و پویاتر برای خود و خانواده آنها، گام بردارند. بر این اساس، درمان وجودی، مراجعان خود را تشویق میکند با ابعادی از زندگی خود همواره از آن فرار می‌کردند، روبه رو شوند و شجاعانه این وقایع ناگوار را در زندگی خود به رسمیت بشناسند و بپذیرند زیرا شادی و نشاط در زندگی در صورتی محقق می‌شود. که فرد بپذیرد که امنیت و نشاط پایدار و همیشگی در زندگی وجود ندارد و انسان‌ها زمانی به سلامت روان دست پیدا میکنند که خود را در برابر شکست‌ها، از دست دادن‌ها و جدا ماندن از همسر و دیگر افراد مهم، مورد سرزنش و ملامت قرار ندهند. و از خود در برابر تجربیات ناخوشایند محافظت کنند. و از این طریق سلامت روان خود را ارتقا دهند.

منابع

- خالد اصلانی، مهناز حاجی حیدری، غلامرضا رجبی وعباس امان الهی، (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افراد مبتلا به نشانگان سوگ پیچیده. *مطالعات ناتوانی*، ۹ (۱)، ۵۰-۴۲.
- محمد علی بشارت (۱۳۸۶). تاب آوری، آسیب پذیری و سلامت روانی. *علوم روانشناختی*، ۶ (۲۴)، ۷۳-۸۳.
- سید محمد حسین جوادی، مریم سجادیان (۱۳۹۹). پاندمی کروناویروس عاملی برای سوگ تأخیری در بازماندگان: نامه به سردبیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳ (۱)، ۲-۷.
- فرخ حق رنجبر، علیرضا کاکاوند، احمد برجعلی، حامد برماس (۱۳۹۰). تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی. *سلامت و روان شناسی*، ۱ (۱)، ۱۸۷-۱۷۷.
- شیمای شاملی، رضا چالمه، کاظم خرم دل (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر معنای زندگی و تجربه سوگ در نوجوانان سوگوار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی مثبت گرا - اسلامی، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی فاطمیه (س) شیراز.
- حسین قمری، عادل زاهد بابلان، داود فتاحی (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب مرگ در سالمندان مرد سوگوار. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۱ (۴)، ۶۹-۶۰.
- امیر رضا محمدخانی، پروانه محمد خانی، فرینگیس مهری (۱۴۰۰). اثر بخشی آموزش خودآگاهی هیجانی بر اضطراب و افسردگی دانش آموزان درگیر سوگ (مرگ یا جدایی والدین) در شهرکرد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و هنر یزد.
- سارا کرمی، محسن سعید منش، فرنگیس مهری (۱۴۰۰). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد لوی بر مشکلات هیجانی کودکان سوگوار بر اثر کووید ۱۹. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و هنر یزد.
- کبری مطلبی، قمر کیانی (۱۳۹۶). رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان معلمان مدارس استثنایی: نقش میانجی مشارکت شغلی. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۷ (۱)، ۵۲-۶۰.
- غفار نصیری هاینس، ناصر یوسفی، مسعود صادقی (۱۳۹۶). مشاوره و روان درمانگری گروهی با تمرکز بر رویکرد وجودی. لرستان: انتشارات دانشگاه لرستان.
- زهرای نعمتی پور، و محمود گلزاری (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده فرزند. *پژوهش‌های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۵ (۱)، ۶۹-۵۲.

- Alvarado, A., Spatariu, A., & Woodbury, C. (2017). Resilience & Emotional Intelligence between First Generation College Students and Non-First-Generation College Students. *Focus on colleges, Universities and schools*, 11 (1), 1-10.
- Balogh, L., Tanaka, M., Török, N., Vécsei, L., & Taguchi, S. (2021). Crosstalk between Existential Phenomenological Psychotherapy and Neurological Sciences in Mood and Anxiety Disorders. *Biomedicines*, 9 (340), 420-455.
- Challen, A. R., Machin, S. J., & Gillham, J. E. (2014). The UK Resilience Programme: A School-Based Universal Nonrandomized Pragmatic Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 75–89.
- Cladder-Micus, M. B., Becker, E. S., Spijker, J., Speckens, A. E. M., & Vrijzen, J. N. (2019). Effects of Existential Psychotherapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. *Cognitive Therapy and Research*, 43(4), 666–678.
- Conner, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 5 (18), 76-82.
- Cooke, P. J., Melchert, T. P., & Connor, K. (2016). Measuring well-being: A review of instruments. *The Counseling Psychologist*, 44(5), 730–757.
- Cortegiani, A., Ingoglia, G., Ippolito, M., & Giarratona, A. (2020). A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. *J Crit Care*, 57 (1), 279-283.
- Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9 (1), 139-145.
- Hoffman, L. (2021). Existential-Humanistic Therapy and Disaster Response: Lessons From the COVID-19 Pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(1), 33–54.
- Husted, H. (2017). "The Relationship Between Psychological Well-Being and Successfully Transitioning to University". Undergraduate Honors Theses. 54.
- Karki, P. (2018). An Analysis of Theories and Practices in Existential Psychotherapy. *Indian journal of clinical psychology*, 1 (45), 69-71.
- Krug, O. T. (2019). James Bugental and Irvin Yalom: Two masters of existential therapy cultivate presence in the therapeutic encounter. *Journal of Humanistic Psychology*, 49 (3), 329-354.
- Lombardo, P., Jones, W., Wang, K., Shen, X., & Goldner, E. (2018). The fundamental association between mental health and life satisfaction: results from successive waves of a Canadian national survey. *Lombardo et al. BMC Public Health*, 9 (18), 1-9.
- Rey, K. (2018). *Existential therapy: supporting youth through anxiety*. A Project Submitted to the School of Graduate Studies of the University of Lethbridge in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree MASTER OF COUNSELLING.
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D.E. (2019). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPTED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 400-410.
- Schneider, K. J. (2016). Existential-integrative therapy: Foundational implications for integrative practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26 (1), 49-55
- Seligman, M. E. P. (2018). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5–14.

- Tabachnic, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *using multivariate statistics* (5th edn), Boston: Pearson Education.
- Taneva, S. (2016). *What is psychological well-being and how it changes throughout the employment cycle?* IN: Monteiro, I. and Iguti, A.M. (eds.) *Trabalho, saude e sustentabilidade: construindo cidadania* (Work, health and sustainability: building citizenship; Travail, sante et development durable: la construction de la citoyenne te), Brazil, 8 (1), 83-90.
- Tosten, R., & Toprak, M. (2017). Positive psychological capital and emotional labor: A study in educational organizations. *Cogent Education*, 96 (4), 1-11.
- Twenge, J., & Campbell, K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 2 (12), 271–283.
- Vos, J. (2015). An existential perspective on resilience: An overview of the research literature. *Int J Emerg Ment Health*, 17 (2), 1-15.

The Effectiveness of Existential Therapy on Resilience and Mental Health of Mourning Men and Women by Death of Spouse during Covid 19

Zahra Fatemi¹, Reza Khakpour²

Abstract

The purpose of this research was to investigate the effect of existential therapy on the resilience and mental health of women and men bereaved by the death of their spouses during the Covid 19. The method of this research was semi-experimental (pre-test - post-test with control group). The statistical population of this study consisted of all the women and men bereaved due to the death of their spouse due to the corona disease during Covid 19. They lived in Shahr Quds near Tehran, and no more than 1 month had passed since their bereavement. The statistical sample included a total of 30 people selected using the available method from the volunteers based on the inclusion and exclusion criteria and then replaced into 2 experiment and control groups each consisting of 15 people. . In order to collect data in the current research, resilience questionnaires of Connor and Davidson (2003), mental health of Goldberg and Hiller (1979) were used. In this research, in order to implement existential psychotherapy, the existential psychotherapy treatment plan was used in a group setting by Nasiri Hanis, Yousefi and Sadeghi (2016). The results of multivariable covariance showed that existential therapy has a 0.49 effect on the resilience and mental health of women and men bereaved by the death of their spouse ($p < 0.01$). Based on the results of this hypothesis, existential therapy had a 0.26 effect on the resilience of women and men bereaved by the death of a spouse and on the mental health of women and men bereaved by the death of a spouse by 0.46. Existential therapy had a 0.26 effect on the resilience of women and men bereaved by the death of their spouse ($p < 0.05$). Finally, existential therapy had a 0.56 effect on the mental health of women and men bereaved by the death of their spouse ($p < 0.05$).

Key words: Existential counseling, Resilience, Mental Health, Mourning, Corona.

1. M.A In counseling and psychotherapy. Zahrafatemi9461@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. Reza_khkpour@gmail.com