

اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، پذیرش مرگ و احساس پوچی در بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ شهرستان ارومیه

سارا علی‌زاده^۱، سمیه تکلوی^{۲*}، مجید محمودعلیلو^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۱۰/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۳/۲۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری کووید ۱۹ بحرانی جهانی بوده که به دلیل ایجاد ناراحتی روان‌شناختی، به بروز عوارض گوناگون از قبیل عدم احساس امنیت شخصی، اختلال در روابط اجتماعی و احساس امنیت مالی منجر شده است. این مطالعه باهدف اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، پذیرش مرگ و احساس پوچی در بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری شامل تمامی بیماران بهبودیافته‌ی کووید ۱۹ شهر ارومیه در سال ۱۳۹۹ بود. حجم نمونه آماری، ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گروه کنترل) از جامعه آماری مذکور بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس‌گزینش و به شیوه تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جای‌دهی شدند. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای جلسات روان‌درمانی وجودی به صورت برخط انجام شد و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی (فربستون، ۱۹۹۴) و نگرش زندگی (ری کر، ۱۹۹۲) و جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌های بدست آمده، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره عدم تحمل بلا تکلیفی، پذیرش مرگ و احساس پوچی به ترتیب در مرحله قبل از مداخله در گروه کنترل $۷۵/۴۷ \pm ۲/۱۲$ ، $۳/۲۷ \pm ۲/۱۲$ و $۱۸/۹۳ \pm ۳/۹۰$ و در گروه آزمایش $۷۳/۱۳ \pm ۵/۴۱$ ، $۳/۱۳ \pm ۱/۶۸$ و $۱۸/۷۳ \pm ۲/۳۱$ بود. پس از مداخله میانگین نمره عدم تحمل بلا تکلیفی، پذیرش مرگ و احساس پوچی به ترتیب در گروه کنترل $۷۴/۷۳ \pm ۶/۹۱$ ، $۴/۴۷ \pm ۲/۳۶$ و $۱۸/۰۷ \pm ۳/۹۴$ و در گروه آزمایش $۵۴/۹۳ \pm ۵/۵۵$ ، $۹/۴۷ \pm ۲/۳۶$ و $۱۰/۸۲ \pm ۲/۹۳$ بود که نسبت به قبل از مداخله میانگین عدم تحمل بلا تکلیفی و احساس پوچی در گروه آزمایش، پس از مداخله روان‌درمانی وجودی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش ($P < ۰/۰۱$) و میانگین پذیرش مرگ افزایش پیدا کرد ($P < ۰/۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانی وجودی منجر به کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و احساس پوچی و بهبود پذیرش مرگ در بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ می‌شود.

کلیدواژه‌ها: عدم تحمل بلا تکلیفی، پذیرش مرگ، احساس پوچی، روان‌درمانی وجودی، بیماران بهبودیافته کووید ۱۹

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره اول، پی‌درپی ۱۵۰، فروردین ۱۴۰۱، ص ۳۰-۱۷

آدرس مکاتبه: گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران، تلفن: ۰۹۱۴۱۵۲۸۵۶۳

Email: s.taklavi@iauardabil.ac.ir

مقدمه

به دلیل قدرت سرایت بسیار بالا به سرعت در کل جهان منتشر شده و تقریباً طی زمانی اندک (کمتر از چهار ماه) تمامی کشورهای جهان را آلوده نمود (۲). این ویروس ناشناخته یک بیماری عفونی تنفسی حاد است که سیستم تنفسی تحتانی شامل نایزده‌ها و کیسه‌های هوایی را درگیر کرده و با علائم اصلی تب، سرفه و تنگی

در دسامبر ۲۰۱۹ میلادی انتشار یک بیماری ویروسی در شهر ووهان چین گزارش شد. عامل این بیماری یک نوع ویروس جدید و تغییر ژنتیک یافته از خانواده کرونا ویروس‌ها با عنوان سارس-کو-۲ بود که بیماری کووید ۱۹ نام‌گذاری گردید. (۱) متأسفانه،

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۴ SARS-COV-2

نفس شناخته می‌شود (۳) و علائم آن می‌تواند شامل خستگی، تنگی نفس، اختلالات شناختی و ذهنی، درد قفسه سینه، درد مفاصل، تپش قلب، دردهای عضلانی، تغییرات یا از دست دادن چشایی یا بویایی، سرفه، سردرد و ناراحتی‌های دستگاه گوارش باشد (۴).

از سوی دیگر ظهور این پاندمی با ایجاد سردرگمی، شرایط زندگی مردم را تغییر داده (۵) و ضمن افزایش احساسات منفی (اضطراب، افسردگی و عصبانیت) منجر به کاهش احساسات مثبت خوشبختی و رضایت از زندگی شده است (۶). بر اساس مطالعه‌ای در چین و سریلانکا، افسردگی، اضطراب، پریشانی، سوءمصرف مواد، اختلال خواب و روان‌پریشی، اختلال استرس پس از سانحه، تحریک‌پذیری، کارایی ضعیف از دیگر علائم آسیب‌های روانی حاصل از این پاندمی می‌باشند (۷،۸). ظهور آسیب‌های روانی نه تنها در حین بیماری بلکه پس از روند ترخیص از بیمارستان^۱ در بیماران بهبودیافته^۲ نیز ادامه دارد (۹). بر اساس مطالعه‌ای (۱۰) در ووهان چین، حدود ۱۲،۴ درصد بیماران که به‌طور متوسط ۳۶،۷۵ روز از ترخیص آن‌ها گذشته، با نشانه‌های شدیدی از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند. ۱۰،۴ درصد بیماران ترخیصی نشانه‌های متوسط تا شدید اضطراب و ۳۲،۳ درصد نشانه‌های خفیف و به همان ترتیب، ۱۹ درصد این بیماران نشانه‌های متوسط تا شدید افسردگی و ۴۶،۷ درصد نشانه‌های خفیف افسردگی را گزارش کرده‌اند. مطالعات نشان داده است که مردم در طول همه‌گیری کووید ۱۹ بیشتر نگران سلامت روان خود بوده‌اند تا سلامت جسمانی‌شان (۱۱) و این مسائل ذهنی منفی مرتبط با کووید ۱۹، پایدار و عمیق خواهند بود. در نتیجه این همه‌گیری (۱۲) علاوه بر موارد مذکور؛ اطلاعات ناکافی و مبهم، ترس و اضطراب حاصل از آن با تأثیر منفی بر زندگی چندوجهی افراد، منجر به عدم تحمل بلاتکلیفی^۳ می‌شود (۱۳).

عدم تحمل بلاتکلیفی ابتدا توسط فریستون (۱۴) به‌عنوان واکنشی که شامل شناخت، هیجان و رفتار نسبت به رویدادهای نامطمئن است تعریف شد (۱۵). کارلتون (۱۶) نیز عدم تحمل بلاتکلیفی را به‌عنوان ناتوانی در مواجهه با موقعیت‌های نامشخص یا رویدادهای غیرقابل‌پیش‌بینی تعریف کرده است. عدم تحمل بلاتکلیفی به‌عنوان یک عامل مهم برای تأثیر بر سلامت روان عمومی در نظر گرفته شده است (۱۷) و (۱۸). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که اضطراب فراگیر، افسردگی یا سایر مشکلات سلامت روان به‌طور قابل‌توجهی با عدم تحمل بلاتکلیفی در میان

طیف وسیعی از نمونه‌ها مانند مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (۱۹) کارکنان ایمنی عمومی (۲۰) زنان مبتلا به سرطان تخمدان (۲۱) زنان باردار (۲۲) و مردان دارای سرطان پروستات (۲۳) مرتبط است. در همین راستا نتایج مطالعه ژو و همکاران (۱) نشان داد که عدم تحمل بلاتکلیفی مرتبط با کووید ۱۹ با پیامدهای نامطلوب سلامت روان (اضطراب، افسردگی و بی‌خوابی) ارتباط مثبت داشت. همچنین یافته‌های گزودن، بوکال، کرستیچ و فیلیپویچ (۲۴) نشان داد که ترس‌های مربوط به کووید ۱۹ به‌شدت با متغیرهای درون‌روانی^۴ مانند عدم تحمل بلاتکلیفی و تمایل به نگرانی مرتبط است.

از مفاهیم و مضمون‌های اصلی در بیماران و بهبودیافتگان مبتلا به کووید ۱۹ دیدگاه‌ها و برداشت‌های مرتبط با مرگ از جمله پذیرش مرگ است (۲۵) گزینه مرگ به دلیل اینکه به‌طور مستقیم در ارتباط با حفظ حیات و بقای انسان هست، نه تنها نقش محوری در ساختار زیستی، تکاملی و ژنتیکی انسان دارد، بلکه در ساختار فرایندهای ذهنی نیز تأثیرگذار است (۲۶) مرگ به خاطر ماهیت پرابهام آن، برای بسیاری از انسان‌ها تهدیدآمیز جلوه می‌کند و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۷) در نتیجه دیدگاه‌ها و برداشت‌های انسان‌ها نسبت به مرگ و فلسفه‌ای که از مرگ در ذهن خود داشته و دارند و این که مرگ را مسئله‌ای مثبت یا منفی ارزیابی کنند، می‌تواند بر انتخاب سبک زندگی افراد تأثیر بگذارد (۲۸) شرایط مرگ در دوران شیوع کووید ۱۹ دارای ویژگی‌های آسیب‌زای متعدد و غیرمستقیم است، مانند مرگ‌های متعدد در خانواده‌ها، محدودیت‌های اجتماعی که ملاقات با بستگان را در بیمارستان‌ها یا بخش‌های مراقبت‌های ویژه ممنوع کرده و منجر به احساس گناه، احساس انزوا و شرایط ناامن اجتماعی در بیماران شده که به‌نوبه خود با مفهوم مرگ من جمله دیدگاه فرد نسبت به پذیرش مرگ می‌تواند مرتبط باشد (۲۹).

از سوی دیگر رنج حاصل از شرایط پراسترس و غیرقابل‌کنترل همه‌گیری ویروس کووید ۱۹ باعث ایجاد اضطراب وجودی می‌شود، این امر مستقیماً احساس معنا را مختل می‌کند (۳۰) معنا از انسجام، اهمیت و هدف تشکیل شده است و به‌طور کلی به‌عنوان تجربه‌ی این احساسی ذهنی که زندگی معنا دارد، ارزشمند، و به سمت چیزی بزرگ‌تر معطوف است، تعریف می‌شود (۳۱) زندگی، یعنی مجموعه اعتقادات و رفتارهای انسان بر اساس مقتضای اعتقادات. اعمال انسان اگر در راستای هدف زندگی سامان یابد، متصف به معناداری و اگر به نحوی سامان نیابد که هدف بایسته

³ -intolerance of uncertainty

⁴ -intrapsychic

¹ - Hospital discharged patients

² - Recovered Patients

زندگی بر آن مترتب شود، زندگی متصف به پوچی و بی‌معنایی می‌شود (۳۲) در همین زمینه نظریه مدیریت ترور^۱ ادعا می‌کند که ظرفیت منحصر به فرد انسان در خودآگاهی، همراه با توانایی فکری پیشرفته که تفکر نمادین را تسهیل می‌کند، آگاهی از مرگ را در فرد ایجاد می‌کند که پتانسیل ایجاد اضطراب اساسی را دارد. برای مدیریت این اضطراب وجودی، افراد جهان‌بینی فرهنگی می‌سازند و به آن پایبند می‌شوند که وجودشان را با معنا، اهمیت و ماندگاری آغشته می‌کند، در غیر این صورت فرد با یک احساس پوچی مواجه خواهد شد (۳۳) و از آنجایی که رنج اغلب منجر به احساس بی‌معنایی می‌شود (انسجام چالش‌برانگیز^۲)، شرایط ناگوار همه‌گیری ویروس کووید ۱۹ می‌تواند باعث شود افراد در مورد اهمیت یا نداشتن زندگی سؤال کنند (اهمیت تهدیدکننده^۳) و این امر ممکن است پوچ بودن زندگی را آشکار کند (هدف تضعیف‌شده) و به این صورت رنج تمام ابعاد معنای زندگی را کاهش می‌دهد (۲۸).

به علت آسیب‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی در بهبودیافتگان کووید ۱۹، مطالعه‌ها به حمایت و مراقبت‌های ویژه در این افراد تأکید دارند (۳۴) از جمله مداخلاتی که سابقه‌ی خوبی در بهبود وضعیت روان‌شناختی در شرایط بحرانی دارد، روان‌درمانی وجودی^۴ است (۳۵) روان‌درمانگری وجودی، که با هستی‌کاوی^۵ آغاز شد، به صورت تاریخی حاصل گنجاندن روش‌های روان‌درمانی برگرفته از روش روان‌تحلیل‌گری در چارچوب اصول فلسفه وجودی بود (۳۶) این رویکرد درمانی نگرش‌ها و سازه‌هایی همچون خودآگاهی، مرگ‌آگاهی، اضطراب وجودی، مسئولیت، جست‌وجوی معنا، شخصیت و اصالت را مبنا قرار داده و در نتیجه روشی است که بر حتمیت‌های آزادی، مرگ، تنهایی و خلأ وجودی تمرکز دارد (۳۷) امتیاز روان‌درمانی وجودی نسبت به سایر رویکردها، در تمرکز آن بر انتخاب‌ها و مسیرهای موجود به سمت رشد شخصی می‌باشد و تأکید بر پذیرش مسئولیت‌های شخصی، گسترش آگاهی نسبت به موقعیت‌های فعلی و احساس تعهد نسبت به تصمیم‌گیری و عمل می‌باشد (۳۸) وظیفه رهبران گروه‌های وجودی این است که اشخاص را متوجه سازد می‌توانند به‌جای اینکه همچون موجودی منفعل که رویدادها، زندگی‌اش را شکل می‌دهند، تعیین‌کننده آگاه و هوشیار زندگی خود باشند (۳۹) هافمن (۳۵) با اشاره به اثربخشی روان‌درمانی وجودی در مواجهه با شرایط بحرانی، تروما و امدادسانی روانی در برابر بلایا به ضرورت کاربرد مداخلات وجودی در دوران پاندمی کووید ۱۹ تأکید دارد. باثوئر، اوبرمیر، اوزونال و بامیستر (۴۰) در طی فراتحلیلی، اثر مداخلات وجودی بر

سلامت معنوی، روان‌شناختی و جسمی در بیماران بالغ مبتلا به سرطان را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس بررسی‌های سیستماتیک این متاآنالیز، درمان‌های وجودی در تمام مراحل برای این بیماران مؤثر بوده است. در همین راستا امان‌زاد و حسینیان (۴۱) نشان دادند که مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر معنای زندگی و سلامت معنوی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخش است. در مطالعه‌ای دیگر کجباف، قاسمیان نژاد چهرمی و احمدی فروشانی (۴۲) دریافتند که گروه‌درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه حیات پس از مرگ در دانشجویان اثربخش است. نتایج مطالعه اسماعیلی قاضی‌ولوئی، قمی، جمالی و شفیع (۴۳) هم حاکی از اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلولین جسمی حرکتی بود.

با توجه به پیامدهای فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مزمن در بیماران مبتلا به کووید ۱۹، تسریع در اثربخشی روند پروتکل درمانی، اجرای یک مداخله جهت کاهش آشفتگی‌های مرتبط با مرگ، عدم تحمل بلا تکلیفی و بهبود معنا و نگرش در زندگی بیماران بهبودیافته‌ی کرونا ضروری و مؤثر به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر باهدف اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، پذیرش مرگ و احساس پوچی در بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران بهبودیافته‌ی کووید ۱۹ در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۵ سال شهر ارومیه در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌داد. برای محاسبه حجم نمونه در این پژوهش از فرمول زیر استفاده شد:

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)(Z_{\alpha} + \beta)2}{\mu_1 + \mu_2}$$

با در نظر گرفتن $d=1.2$ که یک اندازه اثر بالا می‌باشد و با استفاده از محاسبات، حجم نمونه برابر با ۱۵ نمونه در هر گروه محاسبه گردید؛ که با احتساب ۲ گروه (گروه مداخله روان‌درمانی وجودی و گروه کنترل)، در کل ۳۰ نمونه در این مطالعه در نظر گرفته شد (۴۴). ۳۰ نفر از این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به استناد مطالعات نیمه‌آزمایشی مشابه قبلی و حجم

⁴ Existential Therapy

⁵ Daseinsanalysis

¹ Terror management theory

² challenging coherence

³ threatening significance

می‌کند و ضریب همابستگی درونی حاصل به متد بازآزمایی، برابر با $0/828$ و آلفای کرونباخ برابر با $0/702$ است. ضریب روایی پیرسون ما بین دو آزمون نگرش به زندگی و عزت نفس برابر با $0/571$ در سطح $P < 0/001$ ، حاکی از روایی همگرایی قابل توجه مقیاس نگرش به زندگی است. در پژوهش فوق نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با $0/73$ به دست آمد. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس‌های پذیرش مرگ و احساس پوچی پرسشنامه استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب برابر با $0/85$ و $0/82$ به دست آمد.

بعد از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه جهت اجرای طرح، با مراجعه به ستاد علوم پزشکی و ستاد مرکزی مبارزه با کرونا در شهر ارومیه، اطلاعات کلی در مورد بیماران مبتلا به کووید ۱۹ به دست آمد. سپس ۳۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج اشاره شده در بخش روش انتخاب شدند. بر اساس اصول اخلاقی از شرکت کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و به شرکت کنندگان در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری ارائه شد. به تمام افراد مورد مطالعه توضیح داده شد در هر مرحله‌ای از طرح که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شده و تمام اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه حفظ می‌شود. همچنین اطمینان داده شد که عدم شرکت در مطالعه یا ادامه ندادن همکاری هیچ گونه تأثیری بر خدمات درمانی که به آن‌ها ارائه می‌شود ندارد و خللی در روند درمان آنها ایجاد نمی‌کند. در هیچ یک از مراحل جمع آوری داده‌ها و تهیه گزارش نهایی، اطلاعات نمونه مورد مطالعه یا اسامی آنها فاش نشده و در اختیار هیچ شخص حقیقی یا حقوقی قرار نگرفت. همچنین، مشارکت در پژوهش هیچ گونه بار مالی برای دواطلب نداشت. پرسشنامه‌ها ابتدا توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس بر اساس شرایط موجود و بدلیل جلوگیری از اشاعه‌ی ویروس گروه آزمایش، توسط درمانگر مجرب و دارای تجربه تحت مداخله گروهی مجازی (آنلاین) بر اساس رویکرد روان‌درمانی اگزستانسیال یالوم (۴۹) و روان‌درمانی گروهی یالوم و لشیچ (۵۰) که بر نگرش‌ها و سازه‌هایی همچون خودآگاهی، مرگ‌آگاهی، اضطراب وجودی و جست‌وجوی معنا تمرکز دارد، به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمان، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه‌های نگرش زندگی، افسردگی مرگ و وسواس مرگ پاسخ دادند. خلاصه جلسات درمانی در جدول زیر ارائه شده است:

نمونه پیشنهادی برای مطالعات نیمه‌آزمایشی در کتب آماری، بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و در دو گروه جای‌دهی شدند (15 نفر آزمایش، 15 نفر کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: محدوده‌ی سنی 20 تا 55 سال، حداقل تحصیلات دیپلم، بستری بودن حداقل بیش از 7 روز در بخش مراقبت‌های ویژه بیماران کووید و عدم مصرف داروهای روان‌گردان و ملاک‌های خروج غیبت بیش از دو جلسه در مداخله آزمایشی و شرکت همزمان در دو طرح تحقیقاتی بود. در این پژوهش از پرسشنامه‌های نگرش زندگی، افسردگی مرگ و وسواس مرگ برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی:

این آزمون توسط فریستون (۱۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های مبهم طراحی شد و دارای ۲۷ گویه و شامل زیر مقیاس‌های، توانایی کم تحمل موقعیت‌های مبهم، باورهای مثبت درباره نگرانی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل است. نمره گذاری گویه‌ها بر اساس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (۱: هرگز و ۵: کاملاً) و دامنه نمرات بین ۲۷ تا ۱۳۵ می‌باشد. بوهر و دوگاس (۴۵) ضریب آلفای کرونباخ $0/94$ ، و ضریب بازآزمایی $0/78$ را برای این مقیاس محاسبه نموده‌اند. در پژوهش ابراهیم زاده و همکاران (۴۶) اعتبار و روایی این آزمون مطلوب گزارش شده، آلفای کرونباخ $0/79$ برای آن بدست آمد.

پرسشنامه نگرش زندگی^۱:

این پرسشنامه توسط ری‌کر به سال ۱۹۹۲ (۴۷)، طراحی شده است. این مقیاس از ۴۷ عبارت تشکیل شده است که شرکت‌کننده‌ها بایستی طی، یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم: ۱ تا کاملاً موافقم: ۷)، میزان توافق و یا ناموافق بودن خود را برای هر یک از عبارت‌ها گزارش کنند. دامنه نمرات برای کل مقیاس بین ۴۷ تا ۳۲۹ می‌باشد. برای این آزمون جزء ابزارهای پژوهشی چند ابعادی است که سازه‌های مرتبط با معنای فردی (۱۳ سؤال)، صاحب اختیار بودن و مسئولیت‌پذیری (۹ سؤال)، پذیرفتن واقعیت مرگ (۷ سؤال)، احساس پوچی (۸ سؤال) و جست‌جوی هدف (۹ سؤال) را مورد سنجش قرار می‌دهد. میزان اعتبار $0/94$ برای آن محاسبه شده است. در تحقیق خیاط‌فراهانی (۴۸) ضریب اعتبار برابر با $0/853$ و تفسیر عامل‌های اساسی و چرخش واریماکس، حاکی از این بود که پرسشنامه از ۵ عامل اشباع شده که در مجموع $39/466$ در صد واریانس را توجیه

¹ Attitude toward Life

جدول (۱): خلاصه جلسات درمانی

جلسه اول	عرض خیرمقدم و پذیرش، بیان هدف‌ها، آشنایی متقابل رهبر گروه درمانی و اعضای گروه در جوی دوستانه، بررسی علل تشکیل گروه و مدون ساختن آیین و مقررات جلسه‌های گروه درمانی با همکاری یکدیگر. تکلیف: نوشتن ویژگی‌ها، خصوصیات و صفات مرتبط با خود، تعاریف کوتاه از بیماری کووید ۱۹، آسیب‌های فیزیولوژی و روانی بلند مدت آن در خودشان و شرح مختصری از دانسته‌هایشان در حوزه رویکردهای وجودی.
جلسه دوم	مباحثه در حوزه‌های افزایش آگاهی از حضور خود و تجربه حاصل از احساس اینجا و اکنون و تتبع آن افزایش قدرت انتخاب اعضا، ایجاد تحرک فکری بین اعضا در خصوص گزینه‌ی "من کی ام؟ یا من چه کسی هستم؟"، بررسی این مفاهیم از دیدگاه وجودی. تکلیف: نوشتن از تصمیم‌های مهم زندگی و محدودیت‌هایی حاصل از هر انتخاب.
جلسه سوم	ایفای تکنیک "خط عمر"، بررسی مفاهیم اضطراب مرگ، پذیرش آن به جای کتمان، وقوف به واقعیت فناپذیری خود و زیر سؤال بردن "باورهای استثنائی بودن و وجود نجات دهنده‌ی غایی". تکلیف: بررسی مفاهیم اضطراب مرگ و نوشتن میزان تداعی آن با تجارب حاصل از ایام و رویارویی با مرگ احتمالی و چگونگی تأثیر آن بر وقوف به واقعیت فناپذیری، اضمحلال باورهای حضور نجات ICU ابستری بودن در بخش دهنده‌ی غایی و مستثنی بودن در دوران ابتلا به کووید ۱۹ و بستری بودن در بخش بیماران کرونایی.
جلسه چهارم	بررسی تجربه‌های فقدان (تنهایی) و سوگ اعضای گروه درمانی و ارائه بازخورد به این تجارب، تعلیم تکنیک رویارویی تجسمی با مرگ و مورد تفسیر قرار دادن نحوه‌ی تأثیرگذاری مرگ بروی زندگی توسط رهبر گروه درمانی، تکلیف: طراحی اعلامیه‌ی فوت برای مرگ خود یا مرگ یکی از عزیزان به علت ابتلا به بیماری کووید ۱۹.
جلسه پنجم	آگاهی‌افزایی توسط رهبر در ارتباط با مفاهیم آزادی در انتخاب، وجود محدودیت‌ها، پذیرش پیامدها و مسئول بودن در قبال آن و ایجاد کشمکش فکری بین اعضا و بررسی تجارب آن‌ها، تکلیف: تمرکز کردن بر نقش خود و مسئولیت‌پذیری‌شان در خصوص ابتلا به کووید ۱۹، بستری بودن و آزادی در انتخاب‌هایشان در این مورد.
جلسه ششم	تفسیر مفاهیم وجودی تنهایی، ایجاد کنکاش فکری در اعضای گروه با پرسش: "من فرد تنهایی هستم؟" و "تنهایی چقدر رنج آور است؟" (چرا که به تجربه زیسته در ایام ابتلا به کووید ۱۹ و بستری بودن در بین بیماران کرونایی، پی برد هرکسی به تنهایی، درد را تحمل کرده و امکان تقسیم درد با کسی ممکن نیست و متعاقب آن زائل شدن باور به استثنائی بودن)، تکلیف: بیان تجربه تنهایی خویش در دوران بستری و متصل بودن به دستگاه اکسیژن و تأثیر ممانعت از دیدار با عزیزان بر تشدید رنج تنهایی.
جلسه هفتم و هشتم	ایجاد چالش‌های فکری و دریافت بازخوردها در خصوص مفاهیم تنهایی و معنایی از جمله: "آیا زندگی هدف و معنای بالخصوصی را در خود به یک می‌کشد؟" و "من چه دلیلی قانع کننده‌ای برای زندگی کردن دارم؟"، وجود ارتباط بین رنج تنهایی و احساس پوچی و ضرورت معنایی در شرایط بحرانی، تکلیف: تمرکز بر احساس تنهایی وجودی خویش در دوران بستری بودن، رنج حاصل از این تنهایی، احساس پوچی و تقلای یافتن معنای زندگی در این شرایط بحرانی پاندمی و ابتلا به کووید ۱۹.
جلسه نهم	بررسی مفاهیم مسئولیت‌پذیری از دیدگاه وجودی به‌عنوان ارکان اساسی در پذیرش تنهایی و ترغیب شدن به جستجوی معنای زندگی، بکارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی برای تصور موفقیت‌ها و شکست‌هایشان در موقعیت‌های بحرانی (در این تحقیق پاندمی کووید ۱۹) و متمرکز شدن بر این امر که: بنظر آن‌ها چه کسی از این بحران و موقعیت‌ها مسئول است؟ پذیرش مسئولیت عملکردهای خویش، چه احساس‌هایی را در وی تداعی می‌کند؟، تکلیف: بررسی رابطه‌ی دوسویه بین آزادی در انتخاب‌ها و قبول مسئولیت‌شان و بین احساس گناه وجودی و پذیرش مسئولیت انتخاب‌ها، مواجهه با احساس تنهایی و پوچی عاید از این تجربیات.
جلسه دهم	تفسیر و تشریح تمام مباحث مطرح شده در گروه درمانی در حوزه‌ی مفاهیم دیدگاه وجودی. پرداختن به رابطه‌ی بین مؤلفه‌های وجودی از جمله: آگاهی از خود، اضطراب مرگ، نیستی و فناپذیری، تنهایی وجودی، مختار بودن و پذیرش مسئولیت، احساس تنهایی وجودی و بی معنایی، جستجوی معنا در اوج تجربه احساس خلاء و پوچی در بحران کووید ۱۹. بررسی فرایند کلی گروه درمانی وجودی از جلسه اول تا جلسه‌ی آخر و جمع بندی. تشکر و قدردانی از تمام اعضای گروه جهت همکاری و شرکت فعالانه در جلسات و اختتامیه گروه درمانی.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی گروه آزمایش برابر با $42/60 \pm 4/82$ و میانگین سنی گروه کنترل برابر با $42/46 \pm 6/66$ سال بود. مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها بر اساس عضویت گروهی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول (۲): مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی

آزمایش		کنترل	
سن	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی
۳۰-۳۴ ساله	۴	۲۶/۷	۵
۳۵-۴۰ ساله	۹	۶۰	۷
۴۱-۴۵ ساله	۲	۱۳/۳	۳
سطح تحصیلات		درصد فراوانی	
فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
دیپلم	۵	۳۳/۳	۵
فوق دیپلم	۳	۲۰	۱
لیسانس و بالاتر	۷	۴۶/۷	۹

در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول (۳): شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ناتوانی برای انجام عمل	میانگین	۲۳/۶۷	۱۷/۸۷	۲۴/۸۷
	انحراف معیار	۲/۴۱	۲/۶۲	۲/۸۳
استرس آمیز بودن بلاتکلیفی	میانگین	۲۵/۸۰	۱۹/۴۷	۲۵/۷۳
	انحراف معیار	۲/۸۱	۲/۷۲	۳/۴۵
منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره	میانگین	۱۳/۰۷	۱۰/۳۳	۱۳/۵۳
	انحراف معیار	۱/۹۸	۱/۶۳	۱/۵۱
بلاتکلیفی در مورد آینده	میانگین	۱۰/۶۰	۷/۲۷	۱۰/۶۰
	انحراف معیار	۱/۹۵	۱/۴۳	۱/۶۴
عدم تحمل بلاتکلیفی	میانگین	۷۳/۱۳	۵۴/۹۳	۷۴/۷۳
	انحراف معیار	۵/۴۱	۵/۵۵	۶/۹۱
پذیرش مرگ	میانگین	۳/۱۳	۹/۴۷	۴/۴۷
	انحراف معیار	۱/۶۸	۲/۳۶	۲/۳۶
احساس بوجی	میانگین	۱۸/۷۳	۱۰/۸۲	۱۸/۰۷
	انحراف معیار	۲/۳۱	۲/۹۳	۳/۹۴

مرگ نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش بیشتری داشته است؛ اما در گروه کنترل نمرات تفاوت چندانی با هم ندارند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نمرات افراد گروه آزمایش در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی و مولفه‌های آن و احساس بوجی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش بیشتری داشته است. همچنین نمرات افراد گروه آزمایش در متغیر پذیرش

گروه‌های پژوهش در پس‌آزمون متغیرهای وابسته دارای واریانس همگن هستند ($P > 0/01$). علاوه بر این آزمون تعامل گروه و پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون غیر معنی‌دار است و لذا این پیش فرض نیز رد نشد ($P > 0/05$). به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس برقرار است. جهت ارزیابی اثربخشی مداخله گروهی روان‌درمانی وجودی بر عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که در ادامه به نتایج آن اشاره شده است.

مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیروویلیک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است ($P > 0/01$). آزمون ام‌باکس برای بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس کوواریانس استفاده شد که با توجه به ($F = 1/183$ و $p < 0/297$) می‌توان نتیجه گرفت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل همسان است. همچنین از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد، نمرات

جدول (۴): نتایج آزمون‌های چند متغیره پس‌آزمون مؤلفه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P
اثر پیلائی	۰/۸۸۲	۳۹/۲۶۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۱۸	۳۹/۲۶۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱
اثر هنتلینگ	۷/۴۷۹	۳۹/۲۶۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۷/۴۷۹	۳۹/۲۶۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱

($P < 0/005$). به منظور پی بردن به این تفاوت آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا استفاده شده است که نتایج آن در جدول (۵) ارائه شده است.

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره که در جدول (۴) آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های مورد مقایسه تفاوت معنی‌داری دارند

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس میانگین مؤلفه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی با کنترل اثر پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P
اثر پیلائی	۰/۸۸۲	۳۹/۲۶۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۱۸	۳۹/۲۶۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱
اثر هنتلینگ	۷/۴۷۹	۳۹/۲۶۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۷/۴۷۹	۳۹/۲۶۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱

معنی‌داری داشته ($P < 0/005$) که میزان این تأثیر بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۷ می‌باشد. بدین ترتیب گروهی روان‌درمانی وجودی بر بهبود عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ تأثیر معنادار دارد. جهت ارزیابی اثربخشی مداخله گروهی روان‌درمانی وجودی بر متغیرهای پذیرش مرگ و احساس پوچی در بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که در ادامه به نتایج آن اشاره شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیرهای وابسته، بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/005$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که مداخله گروهی روان‌درمانی وجودی بر افزایش نمرات مولفه‌ی ناتوانی برای انجام عمل، استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و بلا تکلیفی در مورد آینده تأثیر

جدول (۶): نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پذیرش مرگ و احساس پوچی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات
پذیرش مرگ	پیش‌آزمون	۳۰/۷۶۴	۱	۳۰/۷۶۴	۶/۶۶۱	۰/۰۱۶	۰/۱۹۸
	عضویت گروهی	۱۹۲/۷۶۴	۱	۱۹۲/۷۶۴	۴۱/۷۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷
	خطا	۱۲۴/۷۰۳	۲۷	۴/۶۱۹			
احساس پوچی	پیش‌آزمون	۱۷۷/۵۰۳	۱	۱۷۷/۵۰۳	۳۰/۰۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۷
	عضویت گروهی	۳۷۶/۵۷۸	۱	۳۷۶/۵۷۸	۶۳/۷۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳
	خطا	۱۵۹/۴۳۵	۲۷	۵/۹۰۵			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، اثر گروه بر متغیر پذیرش مرگ ($F=41/736, P<0/001, \eta^2=0/607$) و احساس پوچی ($F=63/773, P<0/001, \eta^2=0/703$) در بیماران معنادار است و نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه معنادار و میزان این تفاوت در جامعه برای پذیرش مرگ ۶۱ درصد و برای احساس پوچی ۷۰ درصد است. بدین ترتیب گروهی روان‌درمانی وجودی بر بهبود پذیرش مرگ و احساس پوچی بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ تأثیر معنادار دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، پذیرش مرگ و احساس پوچی در بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی وجودی بر روی عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران بهبود یافته کووید ۱۹ اثربخش است. این نتیجه با بخشی از یافته‌های اسماعیلی‌قازی‌لوئی و همکاران (۴۳)، مختارزاده بینه خلخال و همکاران (۳۷)، تقی پور و برزگران (۵۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که 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؛ درواقع اگر به‌جای رویارویی با واقعیت تغییر ناپذیر و پذیرش آن، افراد به شیوه‌های انکار و تحریف شناختی متوسل شوند، تحمل درد و پریشانی برای آنان سخت‌تر خواهد بود (۵۲)؛ بنابراین با توجه به اینکه یکی از اصول اساسی رویکرد وجودی، پذیرش درد و رنج در زندگی است وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تحمل و پذیرش شرایط پرفشار برای او آسان می‌شود و زندگی را با تمام شرایط آن می‌پذیرد (۳۷). از سوی دیگر می‌توان گفت افرادی که توانایی تحمل بالایی در برابر تجربه آشفتگی داشته و به راحتی

می‌توانند احساسات آشفتگی و درماندگی خود را جذب و هضم نمایند، این افراد هنگام تجربه عاطفه منفی به احتمال کمتری به رفتارهای تکانه‌ای می‌پردازند و اضطراب منفی پایینی دارند اما توانایی پایین برای تحمل عاطفه منفی و احتمال بالای بروز رفتارهای تکانه‌ای باعث می‌شود که افراد برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی بیاورند (۴۲)؛ اما رویکرد وجودی باعث می‌شود که افراد با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و احساس این‌که 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 و عدم تحمل بلا تکلیفی ناشی از بیماری کووید ۱۹، مسلط شوند و برای زندگی و آینده امیدوار شوند.

یافته‌ی دیگر این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان وجودی بر پذیرش مرگ بیماران بهبود یافته کووید ۱۹ بود. این یافته همسو با نتایج کجباف، قاسمیان نژاد جهرمی و احمدی فروشانی (۴۲)، صدری‌دمیرچی و رضوانی (۵۳) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بزرگ‌ترین تهدیدی که یک فرد در زندگی خود تجربه می‌کند، تهدید زندگی خود یا به عبارتی از دست دادن زندگی خویش است. لذا هنگامی که مرگ، ختم مطلق زندگی قلمداد می‌شود، مطمئناً شدیدترین آشفتگی‌ها را برای فرد به همراه دارد. هرچند افراد در چنین شرایطی می‌توانند با درگیری در روزمرگی، ذهن خود را از این نگرانی و اضطراب غافل کنند، اما هیچ‌گاه صورت مسئله پاک نخواهد شد و همواره در موقعیت‌های مختلف ذهن فرد، مستعد بروز این تعارض خواهد بود (۴۰)؛ اما در درمان وجودی، 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، بی‌حاصلی که از مولفه‌های فقدان بهزیستی و سلامت روانی است، به سمت شکوفایی و تعالی فردیت خویش تن از طریق معنادادن به

چگونگی خویشستن، حرکت کرد (۴۱). این رویکرد درمانی با ایجاد معنا در زندگی، باعث می‌شود که افراد در برابر رویدادهای آسیب‌زای زندگی، به علت نگرش سازگارانه‌ای که دارند از آرامش و خونسردی خاصی برخوردار باشند. لذا با نگرستن به مشکل خود از زوایای مختلف و بدون از دست دادن کنترل رفتاری و هیجانی در جهت حل منطقی مشکل خود تلاش کنند. این گونه افراد به جای اینکه مغلوب شرایط بحرانی شوند، سعی می‌کنند با احساس مسئولیت و آزادی اراده بر شرایط موجود غلبه نمایند و این مهم به‌نوبه خود موجبات اعتماد به نفس آنها، خرسندی و شادکامی و به تبع آن پذیرش منطقی مرگ را به دنبال دارد (۵۴) در حقیقت در این مطالعه، هر یک از اعضای تحت مداخله در مان وجودی توانستند نسبت به ابعاد مختلف تعارض ذهنی خود در مورد مرگ، بینش دقیقی پیدا کنند و با ارائه شواهدی عینی و واقع‌بینانه از افرادی که جنبه ماورایی مرگ را تجربه کرده و برای آنها ثابت شده است که مرگ پایان مطلق زندگی نیست، به اعضا کمک شد تا نگرش خود را به مقوله مرگ دوباره ارزیابی و سازماندهی کنند، به گونه‌ای که مرگ را پایان زندگی در نظر نگیرند.

از دیگر نتایج این پژوهش این بود که روان‌درمانی وجودی بر روی احساس پوچی بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ اثربخش است. این نتیجه با یافته‌های امان‌زاد و حسینیان (۴۱)، خدادادی سنگده و قمی (۵۵)، دابی جعفری، آقایی و رشیدی‌راد (۵۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که انسان‌ها زمانی که با شرایط رنج‌آوری روبرو می‌شوند، نوعی بی‌معنایی، غفلت، درماندگی و ناامیدی را در زندگی تجربه می‌کنند و وقتی فرد از طریق روان‌درمانی وجودی به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسان‌تر می‌شود و درد و رنج زندگی را با تمام شرایط آن می‌پذیرد. 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 و همین امر باعث ایجاد معنا در زندگی فرد و به تبع آن گریز از احساس پوچی می‌شود (۵۲). این رویکرد درمانی معنا را در زندگی به‌عنوان یک اصل اساسی در روابط متقابل انسان در نظر می‌گیرد. در این روش درمانی، درمانگر به افراد می‌آموزد که زندگی، مشکلات، شکست‌ها و بحران‌های خود را مورد بررسی دقیق قرار دهند و معانی درون آنها را پیدا کنند، این فرایند باعث می‌شود که انسان عمیقاً در مورد معانی خود فکر کند و بفهمد که بسیاری از معانی او واقعی نیستند. در واقع روان‌درمانی وجودی نه‌تنها در جستجوی معنای زندگی است، بلکه به افراد شجاعت و انگیزه می‌دهد تا معانی جدیدی در

زندگی خود ایجاد کنند و از احساس پوچی و بی‌معنایی رهایی یابند (۵۳). از سوی دیگر رویکرد وجودی تلاش دارد تا با یادآوری متناهی بودن جهان به افراد کمک کند که از فرصت محدودی که خود و اطرافیانش برای زندگی دارند، آگاه‌تر شوند. چنین تقابلی توان تغییر عظیم در نگرش و طریقه زندگی فرد در جهان را فراهم می‌کند و به دیدن موهبت‌های در اختیار و معنادهی به آن‌ها منجر می‌شود. این امر موجب ایجاد انگیزه برای بهره‌مندی بیشتر از زمان حال در مدت محدود زندگی می‌شود و با ایجاد نگرشی جدید نسبت به آزادی و مسئولیت در قبال این آزادی به التیام رنج‌های مرتبط با بیماری و هدفمندی منجر شود (۴۱).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدودیت جغرافیایی (شهر ارومیه)، محدودیت جامعه آماری (بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۵)، نداشتن برنامه‌های پیگیری در جهت دنبال کردن اثربخشی در طی زمان و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با جامعه آماری دیگر و همچنین به شیوه نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری اجرا شود تا روایی بیرونی پژوهش ارتقاء یابد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون برمتغیرهای وابسته، بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که مداخله گروهی روان‌درمانی وجودی بر افزایش نمرات مولفه‌ی ناتوانی برای انجام عمل، استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و بلا تکلیفی در مورد آینده تأثیر معنی‌داری داشته ($P < 0.05$). بدین ترتیب روان‌درمانی وجودی بر بهبود عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ تأثیر معنادار دارد. از دیگر نتایج این مطالعه این بود که اثر گروه برمتغیر پذیرش مرگ و احساس پوچی در بیماران معنادار است و نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه معنادار و میزان این تفاوت در جامعه برای پذیرش مرگ ۶۱ درصد و برای احساس پوچی ۷۰ درصد است؛ بنابراین روان‌درمانی وجودی بر بهبود پذیرش مرگ و احساس پوچی بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ نیز اثربخش است.

با نظر به اینکه پژوهش حاضر اثرگذاری مثبت گروه درمانی وجودی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، پذیرش مرگ و احساس پوچی بر بیماران بهبودیافته کووید ۱۹ را مورد تأیید قرار داده است، از این

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولین مرکز مشاوره بیمارستان طالقانی ارومیه و تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت نموده و ما را در این مهم همراهی کرده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم. لازم به ذکر است این مقاله مستخرج از رساله دکتری خانم سارا علی‌زاده، رشته روان‌شناسی عمومی، از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل می‌باشد و با کد اخلاق عمومی، IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.007 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل مصوب شده است.

تعارض منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد و تعارض منافعی در خصوص پژوهش انجام شده حاضر وجود ندارد.

رو به نظر می‌رسد می‌توان از رویکرد وجودی در کلینیک‌های مشاوره و سلامت روان در مراکز درمانی استفاده کرد.

با توجه به تأکید رویکرد وجودی به مسائل مهم نوع انسان مانند تنهایی، مرگ، آزادی و مسئولیت و به علاوه موفقیت این رویکرد در کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی و احساس پوچی و بهبود پذیرش مرگ، پیشنهاد می‌شود برخی از مفاهیم این رویکرد در برنامه‌های روان‌درمانی بیماران محتضر و صعب‌العلاج گنجانده شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر اثربخش‌تر بودن روان‌درمانی وجودی بر بیماران بهبود یافته‌ی کرونایی، پیشنهاد می‌شود سایر محققین پژوهش‌های مشابه در این راستا انجام داده تا امکان مقایسه و ارزیابی بیشتر این مداخله حاصل شود.

References:

1. Zhu H, Wei L, Niu P. The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Glob Health Res Policy* 2020;5:6.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China 2019. *N Engl J Med* 2020;15: 1-6.
3. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 2020; 395(10223): 507-13.
4. Kaur A, Michalopoulos C, Carpe S, Congrete S, Shahzad H, Reardon J, et al. Post-COVID-19 Condition and Health Status. *COVID* 2022; 2(1):76-86.
5. Dong L, Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerg Infect Dis* 2020; 26(7):1616-18.
6. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *Int J Environ Res* 2020;17(6):2032.
7. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 2-3(3): e203976.
8. Rajapakse N, Dixit D. Human and novel coronavirus infections in children: a review. *Paediatr Int Child Health* 2020; 324: 1- 20.
9. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(4):8-17
10. Liu D, Baumeister R F, Veilleux JC, Chen C, Liu W, Yue Y, et al. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Res* 2020; 292: 113297.
11. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneaul L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020;7: 547-60.
12. Rettie H, Daniels J. Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol* 2021; 76(3): 427-37.
13. Voitsidis P, Nikopoulou VA, Holeva V, Parlapani E, Sereslis K, Tsiropoulou V, et al. The mediating role

- of fear of COVID-19 in the relationship between intolerance of uncertainty and depression. *Psychol Psychother* 2021;94(3): 884–93.
14. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personal Individ Differ* 1994; (17): 791–802.
15. Zhuo L, Wu Q, Le H, Li H, Zheng L, Ma G, et al. COVID-19-Related Intolerance of Uncertainty and Mental Health among Back-To-School Students in Wuhan: The Moderation Effect of Social Support. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 81.
16. Carleton RN. Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *J Anxiety Disord* 2016; 39: 30–43.
17. Parlapani E, Holeva V, Nikopoulou VA, Sereslis K, Athanasiadou M, Godosidis A, et al. Intolerance of Uncertainty and Loneliness in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry* 2020; 11:842.
18. Hromova HM. Interrelation between intolerance of uncertainty and the time perspective profile in the military. *Curr Issues Pers Psychol* 2022; 2021:111984.
19. Cai RY, Uljarevic M, Leekam SR. Predicting Mental Health and Psychological Wellbeing in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: Roles of Intolerance of Uncertainty and Coping. *Autism Res* 2020; 13 (10): 1797-1801.
20. Angehrn A, Krakauer RL, Carleton RN. The Impact of Intolerance of Uncertainty and Anxiety Sensitivity on Mental Health Among Public Safety Personnel: When the Uncertain is Unavoidable. *Cognit Ther Res* 2020; 44: 919–30.
21. Hill EM, Hamm A. Intolerance of uncertainty, social support, and loneliness in relation to anxiety and depressive symptoms among women diagnosed with ovarian cancer. *Psychooncology* 2019; 28, 553–60.
22. Sevil Degirmenci S, Kosger F, Altinoz AE, Essizoglu A, Aksaray G. The relationship between separation anxiety and intolerance of uncertainty in pregnant women. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020; 33:2927–32.
23. Tan HJ, Marks LS, Hoyt MA, Kwan L, Filson CP, Macairan M, et al. The Relationship between Intolerance of Uncertainty and Anxiety in Men on Active Surveillance for Prostate Cancer. *J Urol* 2016; 195: 1724–30.
24. Gvozden TV, Baucal A, Krstic K, Filipovic S. Intolerance of Uncertainty and Tendency to Worry as Mediators Between Trust in Institutions and Social Support and Fear of Coronavirus and Consequences of the Pandemic. *Front Psychol* 2021; 12:737188.
25. Cardoso MFPT, Martins MMFPS, RibeiroOMPL, Trindade LL, Fonseca EF. Nurses' attitudes to death: changes with the COVID-19 pandemic. *Rev Eletr Enferm* 2021; 23:66598.
26. Kolahdozan SA, Kajbaf MB, Arizi HR, Abedi MR, Mokarian F. Compilation and study of the effect of "Death Anxiety" educational package based on the teachings of the Abrahamic religions with emphasis on Islamic education on mental health and avoiding the death of cancer patients in Isfahan. *EDU* 2021; 16(37): 121-139. (Persian)
27. Abbasi F, Ganji M, Mosavi SK. Development and psychometrics of the death attitude tool and its relationship with organ donation after brain death(Based on structural equation model). *KAUM J* 2020; 24(1): 99-108. (Persian)
28. Hajizadeh Meymandi M, Shams Alddini MM, Falak Alddin Z. Attitude towards death among the citizens of Yazd and socio-cultural factors affecting it. *Journal of Islam and Social Sciences* 2021;13(25): 167-88.
29. Kokou-Kpolou CK, Fernández-Alcántara M, Cénat JM. Prolonged grief related to COVID-19 deaths: do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychol Trauma* 2020; 12: S94–5.
30. Van Tongeren DR, Showalter Van Tongeren SA. Finding Meaning Amidst COVID-19: An Existential

- Positive Psychology Model of Suffering. *Front Psychol* 2021; 12:641747.
31. George, L S, Park, CL. The multidimensional existential meaning scale: a tripartite approach to measuring meaning in life. *J Posit Psychol* 2016; (12): 613–27.
 32. Mohammadi Ahmad Abadi A. Meaning and meaninglessness of life, *FHI* 2016; 3(3):155-70.
 33. Pyszczynski T, Solomon S, Greenberg J. Thirty years of terror management theory: from genesis to revelation. In Berkowitz L. *Advances in Experimental Social Psychology*. New York, NY: Academic Press; 2015.
 34. Sheikh M, Mansor Jozan Z, Amini MM. The effect of physical activity and training of progressive muscle relaxation on the level of anxiety and perceived stress in patients with Covid-19. *Sport Psychology Studies* 2020; 9(32): 227-48.
 35. Hoffman L. Existential–Humanistic Therapy and Disaster Response: Lessons From the COVID-19 Pandemic. *J Humanist Psychol* 2021; 61(1):33-54.
 36. Weixel-Dixon K. *Existential Group Counselling and Psychotherapy*. Taylor & Francis Group; 2020.
 37. Mokhtarzadeh boneh Khalkhal M, Shafi Abadi A, Heidari H, Davoodi H. Determining the effectiveness of existential therapy on metacognitive skills and feelings of loneliness and tolerance for failure of undergraduate psychology students. *MEJDS* 2021; 11:118. (Persian)
 38. Khodadadi Sangdeh J, Sepehrtaj SA, Mirzaesmaeli M, Sepehrtaj FS. The effectiveness of group existential psychotherapy on the care pressure of mothers of children with thalassemia major. *JPM* 2020; 79(3): 42-52. (Persian)
 39. Classen CC, Krug OT, Dezelic MS, Ansell L, Haigh R, Hamilton S, et al. *Existential Group Therapy: Therapy Illustrations*. In van Deurzen E, Craig E, Längle A, Schneider KJ, Tantam D, du Ploek S. *The Wiley world handbook of existential therapy*. Wiley Blackwell; 2019. P. 459-78.
 40. Bauerei N, Obermaier S, Ozunal S, Baumeister H. Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *psycho-oncology* 2020; 27(11): 2531-45.
 41. Amanzadeh Z, Husseinian S. The effectiveness of group counseling based on existential approach on life attitude and spiritual health of patients with type 2 diabetes. *Journal of Woman and Family Studies* 2018; 6(1): 49-67. (Persian)
 42. Kajbaf MB, Ghasemiannejad Jamhari AN, Ahmadi Foroshani SHA. The effect of spiritual and existential group therapy on the rate of depression, death anxiety and belief in survival after death based on reports of people experiencing death in students. *Knowledge & Research In Applied Psychology* 2017; 16(4):4-13. (Persian)
 43. Esameeli Ghazi Vlouce F, Ghomi M, Jamali A, Shafiee Z. The effectiveness of group existential psychotherapy on psychological well being and disturbance tolerance of physical and motor disabilities. *quarterly journal of Social Work* 2018; 6(2): 24-34. (Persian)
 44. Kim TK. T test as a parametric statistic. *Korean J Anesthesiol* 2015;68(6):540.
 45. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord* 2006; 20(2): 222-36.
 46. Ebrahimzadeh Z. Evaluation of cognitive beliefs, materialism and solving social problems of intolerance in people with obsessive-compulsive disorder and major disorder. (Dissertation). Ardabil: Mohaghegh Ardabili University; 2006. (Persian)
 47. Reker GT. *Life attitude profile-revised manual*. Peterborough, Ontario, Canada: Student Psychologists; 1992.
 48. Khayat Farahani A. Validation of life attitude questionnaire and its relationship with students' self-

- esteem, (Dissertation). Tehran: Islamic Azad University, Central Tehran Branch; 2011.
49. Yalom I. Existential therapy: Translated by: Dr. Sepideh Habib, Second Edition, Nashr-e Ney Publications, Tehran;2011. (Persian)
50. Yalom I, Molyn L. Group psychotherapy (theoretical and practical topics), Translated by Mahshid Yassaie, First Edition, Danjeh Publications; 2011. (Persian)
51. Thaghipour B, Barzgaran R. The effectiveness of existential group therapy on self-compassion and resilience of mothers of mentally retarded children. Knowledge & Research in Applied Psychology 2019; 20(2):100-9. (Persian)
52. Yusefi N, Aslani Kh. A Comparative Study of the Impact of Logotherapy and Gestalt Therapy in Symptom Improvement of Obsessive-Compulsive Clients Referring to Pre-marital Counseling. Clinical Psychology Studies 2012; 2(6):113-49. (Persian)
53. Sadri Damirchi E, Ramazani SH. The effectiveness of existential therapy on loneliness and death anxiety in the elderly. Psychol Aging 2016; 2(1):12. (Persian)
54. Tarkhan M. The effectiveness of group therapy on depression and aggression in drug addicts. Journal of Modern Psychological Researches 2011; 6(24): 19-38. (Persian)
55. Khodadadi Sangdeh J, Ghomi M. The effectiveness of group existential psychotherapy on increasing the psychological well-being of mothers with children with cancer. Journal of Psychological Studies 2017; 13(4): 125-40. (Persian)
56. Daei Jafari MR, Aghaei A, Rashidi Rad M. Existential Humanistic Therapy with Couples and its Effect on Meaning of Life and Love Attitudes. J Fam Ther 2020; 48(5): 530-45. (Persian)

THE EFFECTIVENESS OF EXISTENTIAL THERAPY ON INTOLERANCE OF UNCERTAINTY, ACCEPTING DEATH, AND FEELING EMPTY IN RECOVERED COVID-19 PATIENTS IN URMIA CITY

Sara Alizadeh¹, Somayyeh Taklavi ^{*2}, Majid Mahmoud Alilou³

Received: 11 January, 2022; Accepted: 13 June, 2022

Abstract

Background & Aims: COVID-19 is an epidemiological crisis that as a psychological disturbance has caused damages, ranging from a sense of personal security to social relationships and financial security. The aim of this study was to determine the effectiveness of Existential Therapy on intolerance of uncertainty, accepting death, and feeling empty in recovered COVID-19 patients.

Materials & Methods: The research was a quasi-experimental design with pre-test and post-test and control groups. The statistical population in this study included all recovered COVID-19 patients in 2020 in Urmia, Iran. A sample of 30 subjects was selected by convenience sampling method and placed in two groups (N = 15 each). The experimental group received ten sessions of online existential therapy whereas the control group received no intervention. For the collection of data, the intolerance of uncertainty scale (Freestone, 1994) and the life attitude questionnaire (Ray Kerr, 1992) were used. The collected data were analyzed using the analysis of covariance.

Results: The mean scores of intolerance of uncertainty, accepting death, and feeling empty in the pre-intervention stage were 75.47±5.15, 3.27±2.12 and 18.93±3.90 in the control group, respectively, and 73.13±5.41, 3.13±1.68 and 18.73±2.31 in the experimental group, respectively. After the intervention, the mean scores of intolerance of uncertainty, accepting death, and feeling empty were 74.73±6.91, 4.47±2.36 and 18.07±3.94 in the control group, respectively, and 54.93±5.55, 9.47±2.36 and 10.82±2.93 in the experimental group, respectively. The mean of intolerance of uncertainty and feeling empty after the intervention of existential therapy compared to before the intervention in the experimental group in comparison with the control group has decreased significantly ($p < 0.01$) and the mean of accepting death has increased ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the results of the present study, it can be concluded that existential psychotherapy can reduce intolerance of uncertainty and feelings of emptiness and improve acceptance of death in recovered COVID-19 patients.

Keywords: intolerance of uncertainty, accepting death, feeling empty, Existential Therapy, Recovered Patients of COVID-19.

Address: Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

Tel: +989141538563

Email: s.taklavi@iauardabil.ac.ir

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ Ph.D Student of General Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

(Corresponding Author)

³ Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran