

اثر بخشی روان درمانی وجودی بر افزایش تاب‌آوری زنان نابارور

سعید جلیلی نیکو^۱، زینب رضایی^۱، نرگس نجاتی نژاد^۲، رضا قاسمی‌جوبنه^۱، خیرالله نوریان^{۳*}

^۱ گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، ^۲ گروه مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران، ^۳ گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۹

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص ناباروری به خصوص برای زنان با مشکلات بسیاری همراه است. یکی از راهبردهایی که می‌تواند در کاهش پریشانی روانشناختی زنان نابارور مؤثر باشد، تاب‌آوری است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی روان‌درمانی وجودی در افزایش تاب‌آوری زنان نابارور بود.

روش بررسی: روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان نابارور شهر دهدشت در تابستان ۱۳۹۳ تشکیل دادند. افراد نمونه در وهله نخست به طور نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از تکمیل پرسشنامه تاب‌آوری و کسب حدنصاب لازم برای ورود به تحقیق با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (۸ نفر برای هر گروه) گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه در معرض روان‌درمانی وجودی به صورت گروهی قرار گرفتند، اما گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود داشت و روان‌درمانی وجودی به طور معناداری تاب‌آوری در زنان نابارور را افزایش داد ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی وجودی می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری در زنان نابارور شود، لذا انجام مداخلات بر اساس این رویکرد می‌تواند در ارتقاء سلامت روان مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی وجودی، تاب‌آوری، زنان نابارور

* نویسنده مسئول: خیرالله نوریان، گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

Email: noorian20@yahoo.com

مقدمه

در هر جامعه‌ای بچه‌دار شدن و مادری کردن، بخشی از هویت یک زن محسوب می‌شود. بنابراین ناباروری به صورت یک عامل استرس‌زا، زنان را از نظر هیجانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). ناباروری می‌تواند نوعی بحران زندگی، بحران هویت، یک بیماری مزمن، یک آسیب، یک علتی از اندوه و سوگواری یا یک تجربه هستی‌گرایانه و آمیزه‌ای از همه این‌ها در نظر گرفته شود (۲). سازمان بهداشت جهانی (WHO) ناباروری را باردار نشدن یک زوج پس از یک سال روابط زناشویی بدون استفاده از روش‌های ضد بارداری تعریف می‌کند (۳). بر اساس مطالعه‌ها، حدود ۸۰-۵۰ میلیون نفر از افراد در جهان یک نوع از ناباروری را تجربه می‌کنند (۴). نیمی از افرادی که با مشکلات ناباروری مواجه می‌شوند، امکان دارد که هرگز بچه‌دار نشوند (۵). عدم توانایی زنان برای داشتن فرزند منجر به احساس درماندگی و تجربه عواطف منفی در آنها می‌گردد (۶). استرس، احساس انزوا، افسردگی، خشم، اضطراب، گناه و ناکامی هیجان‌هایی هستند که در نتیجه ناباروری در زنان ایجاد می‌گردد (۷). تجربه استرس عمدتاً بر حسب هیجان‌های منفی توصیف شده است و این هیجان‌های منفی در طی دوره‌های استرس‌زا افزایش می‌یابند و بر سلامتی افراد اثر می‌گذارند (۸).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ناباروری بر بسیاری از جنبه‌های زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد و باعث مشکلات بسیاری در زوج‌ها به خصوص در

زنان می‌شود (۹ و ۱۰). ناباروری منجر به بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و هیجانی در فرد و همچنین در همسر وی می‌شود (۱۱ و ۱۲) و به عنوان تهدیدی جدی برای ازدواج و ادامه زندگی زناشویی محسوب می‌گردد (۱۳).

یکی از عوامل مهمی که می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی افراد تأثیر مثبت داشته باشد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری در زوجین نابارور به عنوان عامل حفاظت‌کننده علیه درماندگی روان‌شناختی محسوب می‌شود و کیفیت زندگی آنها را افزایش می‌دهد (۱۴). تاب‌آوری فرآیند یا توانایی انطباق دادن خود با چالش‌ها و تهدیدات زندگی و غلبه بر آنها است (۱۵). تاب‌آوری بر گروه‌هایی از افراد تمرکز دارد که در معرض عوامل خطرآفرین قرار دارند، اما با پیامدهای منفی کمی مواجه شده و حتی ممکن است پیامدهای مثبتی را نیز کسب نمایند (۱۶). افراد تاب‌آور دارای منبع کنترل درونی، رفتارهای اجتماعی سازش یافته، همدلی با دیگران و خود پنداره مثبت هستند. آنها افرادی خوش‌بین و در سازماندهی مسئولیت‌های روزانه شان توانا می‌باشند (۱۷). این ویژگی‌ها افراد را قادر می‌سازد تا یک شبکه حمایتی متشکل از اعضای خانواده و دوستان داشته باشند که در مواقع پرتنش مورد حمایت آنان قرار بگیرد. همچنین افراد تاب‌آور نسبت به افراد آسیب‌پذیر، در انطباق یافتن با تغییرات زندگی تواناتر هستند و توانایی ایجاد و گسترش مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای را دارند که در موقعیت‌های چالش‌زا از آنها حمایت می‌کنند (۱۸).

دیگران، یافتن معنا در زندگی و پرداختن به مفهوم بی‌معنایی است. این رویکرد درمانی بیش از سایر دیدگاه‌ها به بررسی آگاهی انسان از خود و توانایی او در نگرستن به ماورای مشکلات خویش و مسائل وجودی می‌پردازد. در این رویکرد تلاش نمی‌شود درد و رنج انسان از بین برود، زیرا زندگی انسان از لحاظ ماهیتی توأم با رنج است. در عوض به انسان‌ها کمک می‌شود با پذیرش واقعیت درد و رنج برای دردهای زندگی معنا بیابند که در این صورت دردها لذت بخش خواهند شد (۲۶). امتیاز روان درمانی وجودی نسبت بر سایر رویکردها، در تمرکز آن بر انتخاب‌ها و مسیرهای موجود به سمت رشد شخصی می‌باشد و تأکید بر پذیرش مسؤلیت‌های شخصی، گسترش آگاهی نسبت به موقعیت فعلی و احساس تعهد نسبت به تصمیم‌گیری و عمل می‌باشد. این رویکرد در پی این است که به انسان‌ها کمک کند که اگرچه نمی‌توانند برخی از رویدادها ناخوشایند و دردآور را در زندگی خود تغییر دهند، اما می‌توانند نحوه ای که این رویدادها را برداشت می‌کنند و به آنها واکنش نشان می‌دهند را تغییر دهند (۲۷). هدف اصلی گروه درمانی وجودی را می‌توان این گونه توصیف نمود؛ قادر بودن اعضا برای بررسی گزینه‌هایی برای زندگی معنی‌دارتر با توجه به شرایط فعلی زندگی، 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 (۲۶). اصل بنیادین رویکرد وجودی این است که ما قربانی شرایط نیستیم، زیرا بر مقدار زیادی همان

این اعتقاد وجود دارد که افراد با ویژگی‌های مرتبط با تاب‌آوری به دنیا می‌آیند، اما تحقیق‌ها نشان می‌دهد که تاب‌آوری از طریق دریافت آموزش‌های موثر می‌تواند در افراد بهبود یابد. در واقع نظریه‌های مختلفی از جمله؛ نظریه‌های رشدی، شناختی و روان‌پویشی، بر اهمیت تاب‌آوری در زندگی تأکید دارند (۱۹). این رویکردها در پی آن هستند که به انسان‌ها کمک کند که اگرچه نمی‌توانند برخی از رویدادهای ناخوشایند و دردآور را در زندگی خود تغییر دهند، اما می‌توانند نحوه ای که این رویدادها را برداشت می‌کنند و به آنها واکنش نشان می‌دهند را تغییر دهند (۲۰). مداخلات مبتنی بر رویکرد وجودی مراجعه‌کنندگان خود را تشویق می‌کند با ابعادی از زندگی خود که همواره از آن فرار می‌کردند، مواجه شوند و شجاعانه این وقایع ناگوار را در زندگی خود به رسمیت بشناسند و بپذیرند که شادی و نشاط در زندگی در صورتی محقق می‌شود که فرد بپذیرد که امنیت و نشاط پایدار و همیشگی در زندگی وجود ندارد (۲۱).

روان درمانی وجودی یکی از شیوه‌های مداخله است که در مطالعه‌های متعدد اثربخشی آن در کاهش بسیاری از مشکلات روانشناختی، بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان نشان داده شده است (۲۲-۲۵). روان درمانی وجودی براساس دیدگاه خود نسبت به زندگی انسان، به اهمیت زندگی او می‌پردازد. روان درمانی وجودی نگرشی به موضوع‌های زندگی چون زندگی و مرگ، آزادی، مسؤلیت نسبت به خود و

کسی هستیم که تصمیم گرفته‌ایم باشیم. هدف اصلی این درمان، ترغیب درمان‌جویان به تفکر درباره زندگی، تشخیص دادن گزینه‌های پیش رو و انتخاب کردن از میان آن‌ها است. در نتیجه افراد می‌توانند با آگاهی بیشتری زندگی کنند (۲۷). در رویکرد وجودی، اعتقاد بر آن است که انسان می‌تواند در هر نوع شرایطی، حتی در لحظاتی از عمر که هیچ چیزی مطابق میل او نیست و شرایط ناخوشایند، ناگوار و بحرانی است، برای زندگی خود معنایی ایجاد کند و به صورت هدفمند به زندگی خود ادامه دهد (۲۶). در واقع می‌توان گفت که رویکرد وجودی بر خلاف مکاتب روانکاوی و رفتارگرایی که انسان را محصول عوامل زیستی و محیطی می‌دانند و دیدگاه جبرگرایانه‌ای به ماهیت انسان دارند، با وجود قبول برخی واقعیات در مورد انسان تأکید دارد که ما آزادیم، تا آنچه را می‌خواهیم از شرایط بسازیم (۲۷).

نتایج تحقیق‌های متعدد نشان می‌دهد که روان درمان وجودی نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی افراد دارد (۲۲-۲۴). در واقع روان‌درمانی وجودی منجر به افزایش سازگاری مناسب افراد با موقعیت‌های پر فشار، بحرانی و غیر قابل تحمل مانند تشخیص ناباروری می‌شود و با افزایش تاب‌آوری، به آنها در رویارویی بهتر با شرایط سخت و ناگوار کمک می‌کند (۲۸-۳۲ و ۲۵). به طور مثال رضایی و همکاران نشان دادند که روان‌درمانی وجودی تأثیر مثبت و معنی‌داری در ارتقای تاب‌آوری مادرانی دارد که دارای فرزند عقب مانده ذهنی هستند (۲۵). نتایج تحقیقی که به

وسیله باولی و همکاران انجام شد، نشان داد که معنا درمانی که یکی از مؤلفه‌های مهم روان‌درمانی وجودی می‌باشد، به طور معنی‌داری منجر به افزایش تاب‌آوری در مادرانی می‌شود که از فرزند عقب مانده ذهنی خود نگهداری می‌کنند (۲۸). نتایج تحقیق کیسان و همکاران مشخص کرد زنانی که مبتلا به سرطان سینه بودند و در جلسه‌های روان‌درمانی گروهی شرکت کردند، از سطح سلامت روانشناختی بالاتر و عملکرد خانوادگی بهتری قرار داشتند (۲۹). نتایج تحقیق مصلی نژاد و خدابخشی کولایی نیز آشکار ساخت که معنادرمانی می‌تواند سهم عمده‌ای در کاهش آشفتگی‌های روانشناختی در زنان نابارور داشته باشد (۳۰). همچنین نتایج تحقیق نظری و همکاران حاکی از آن است که روان‌درمانی وجودی باعث افزایش رضایت مندی زناشویی در زنان مبتلا به دیابت می‌شود (۳۱). نتایج تحقیق اسلامی و همکاران نشان داد که روان‌درمانی وجودی تأثیر معنی‌داری در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در معتادان دارد (۳۲). همه این تحقیق‌ها اشاره به این دارند که می‌توان از روان‌درمانی وجودی برای کمک به افرادی که با شرایط سخت درگیر هستند، استفاده نمود.

با توجه به اهمیت اقدامات روانشناختی برای افراد نابارور و براساس آنچه درباره رویکرد وجودی به واقعیات زندگی گفته شد، این سؤال پیش می‌آید که آیا روان‌درمانی وجودی در افزایش تاب‌آوری زنان نابارور مؤثر بوده و می‌تواند با توجه به ماهیت نظری خود، دیدگاه افراد نسبت به واقعیات‌های زندگی را تغییر

تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۸ نفر) قرار گرفتند.

برای شرکت کنندگان توضیح داده شد که جلسات روان درمانی به شیوه گروهی به جهت کمک به آنها برای افزایش تاب‌آوری آنها تدارک دیده شده است و هم به دلیل انجام یک کار پژوهشی است. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه مطرح گردید و تمامی شرکت کنندگان با رضایت کامل وارد پژوهش شدند.

در پژوهش حاضر بعد از مشخص نمودن نمونه، پرسشنامه تاب‌آوری به عنوان پیش‌آزمون در اختیار زنان نابارور قرار داده شد. در مرحله بعد به منظور اعمال متغیر مستقل، گروه آزمایش در ۸ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای روان درمانی وجودی به شیوه گروهی شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هم‌چنین بعد از اتمام جلسه‌های روان درمانی گروهی و اجرای پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، برای گروه کنترل نیز جلسه‌های روان درمانی وجودی برگزار گردید. طرح درمانی جلسه‌ها به اختصار این گونه بود؛ جلسه اول، معارفه و آشنایی با گروه و بیان قوانین. جلسه دوم، افزایش خودآگاهی و رسیدن به مفهوم من هستم. جلسه سوم و چهارم، پرداختن به مرگ و آگاهی از متناهی بودن. جلسه پنجم، پرداختن به معنای زندگی و یافتن معنا در رنج. جلسه ششم، بحث درباره تنهایی. جلسه هفتم، بحث

داده، سازگاری آن‌ها را بالا ببرد و در نتیجه منجر به افزایش تاب‌آوری شود. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی روان درمانی وجودی در افزایش تاب‌آوری زنان نابارور است.

روش بررسی

پژوهش حاضر با توجه به هدف آن از نوع پژوهش‌های کاربردی، و براساس روش انجام آن از نوع "نیمه آزمایشی" بود که از طرح گروهی پیش-آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری در پژوهش حاضر را زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و نازایی شهر دهدشت (استان کهگیلویه و بویراحمد) در تابستان ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهند که پس از فراخوان پژوهشگران مبنی بر تشکیل یک دوره درمانی جهت افزایش توانمندی روانشناختی، داوطلب شرکت در پژوهش شدند. در مرحله اول تعداد ۳۱ زن اعلام آمادگی در پژوهش کردند که از این تعداد ۱۶ نفر که در پرسشنامه تاب‌آوری نمره پایینی کسب کرده بودند و معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵-۴۰، حداقل یک سال سابقه ناباروری، زنانی که از اول نازا بوده‌اند، تحصیلات سیکل و بالاتر، تکمیل فرم رضایت نامه درمان، عدم داشتن اختلالات حاد روانشناختی، متقاضی طلاق نبودن و عدم دریافت خدمات مشاوره و روانشناختی در خارج از جلسه‌های درمان را دارا بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به صورت

درباره آزادی و مسئولیت. جلسه هشتم، جمع‌بندی و خاتمه.

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس تاب‌آوری بزرگسالان که به وسیله همدل و همکاران ساخته شده، استفاده شد (۲۵). در پژوهشی که به وسیله چالمر به منظور تعیین روایی، پایایی و تحلیل عاملی در ایران انجام گرفت، تعداد سوالات به ۳۷ سوال تقلیل یافت. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۳ به دست آمد و ضریب بازآزمایی بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۶ متغیر بود (۳۳). روش نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است، این‌گونه که به پاسخ‌های کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق، کاملاً موافق به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ تعلق می‌گیرد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری آنالیز کواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۶ نفر با میانگین سنی ۳۴/۱۹ و انحراف معیار ۲/۰۱ نفر شرکت کردند. از نظر تحصیلات ۵ نفر سیکل (۳۱/۲ درصد)، ۱۰ نفر

دیپلم (۶۲/۵ درصد)، و ۱ نفر فوق دیپلم (۶/۳ درصد) بودند. در جدول ۱، اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای تحقیق گزارش شده است.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات در گروه کنترل تفاوت کمی دارند، ولی تفاوت آنها در گروه آزمایش چشم‌گیرتر است.

برای استفاده از تحلیل کواریانس، ابتدا مفروضه‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که این فرض برقرار است. مفروضه یکسای شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج حاصل این فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت و می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد. در ادامه پس از این که مشخص شد بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری ندارد، برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کواریانس یک راه استفاده شد.

تفاوت بین میانگین نمرات تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی‌دار است ($p \leq 0.01$). بدین معنی که روان‌درمانی وجودی موجب افزایش تاب‌آوری شده است (جدول ۲).

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک تاب‌آوری

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	آزمایش	۸	۸۴/۸۷	۵/۵۱	۱۲۹/۷۵	۲/۵۳
	کنترل	۸	۸۰	۱۰/۸۶	۷۸	۱۰/۰۲

جدول ۲: تحلیل کوواریانس یک راهه جهت بررسی تاب‌آوری در زنان نابارور

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ضریب	سطح معنی داری	حجم اثر
پیش‌آزمون	۴۳۴/۳۶	۱	۴۳۴/۳۶	۱۵/۸۱	۰/۰۰۲	۰/۵۴
گروه	۸۶۵۴/۹۹	۱	۸۶۵۴/۹۹	۳۱۵/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶
خطا	۳۵۷/۱۳	۱۳	۲۷/۴۷			
کل	۱۸۴۱۴۴	۱۶				

بحث

تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد (۳۲ - ۲۸ و ۲۵). به طور مثال می‌توان به نتایج تحقیق‌ها اشاره کرد که نشان می‌دهند روان درمانی وجودی می‌تواند منجر به افزایش رضایت‌مندی زناشویی در زنان مبتلا به دیابت (۳۱)، کاهش آشفتگی‌های روانشناختی در زنان نابارور (۳۰) افزایش سلامت روانشناختی و بهبود عملکرد خانوادگی در زنان مبتلا به سرطان سینه (۲۹) و کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در معنادران (۳۲) شود.

ناباروری 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 ناباروری است، از طریق آموزش و روان‌درمانی وجودی و سایر آموزش‌ها و روان‌درمانی‌ها به این احساس می‌رسد که می‌تواند برای تغییر دیدگاه خود نسبت به این رویداد 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 نابارور متوجه این قضیه است که در حال حاضر او توانایی باروری ندارد و به

تشخیص ناباروری به خصوص برای زنان با مشکلات بسیاری همراه است. یکی از راهبردهایی که می‌تواند در کاهش پریشانی روانشناختی زنان نابارور مؤثر باشد، تاب‌آوری است. هدف از پژوهش حاضر نیز بررسی اثر بخشی روان درمانی وجودی در افزایش تاب‌آوری زنان نابارور بود. نتایج نشان داد که روان درمان وجودی توانسته است به صورت معناداری باعث افزایش تاب‌آوری در زنان نابارور شود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج رضایی و همکاران که در پژوهشی نشان دادند، روان درمانی وجودی می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند عقب افتاد شود، هم‌سو است (۲۵).

نتایج سایر تحقیق‌ها حاکی از آن است که روان درمان وجودی نقش مهمی در ارتقاء سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی دارد (۲۲-۲۴). علاوه بر این در مطالعه‌های دیگر مشخص شده است که روان درمانی وجودی منجر به افزایش سازگاری افراد با موقعیت‌های پر فشار و غیر قابل تحمل می‌شود و از طریق ارتقای تاب‌آوری به آنها برای مقابله بهتر در برابر شرایط سخت و ناگوار کمک می‌کند که با نتایج

دارد که افکارش را نسبت به محدودیت و رنج موجود تغییر دهد و تسلیم شرایط محض نشود. نتایج این تحقیق بیانگر این است که روان درمانی وجودی با تأکید بر پذیرش رنج به عنوان بخش جدایی ناپذیر هر فرد در این دنیا، آزادی انتخاب در شرایطی که انتخاب بین گزینه‌های مطلوب نیست بلکه انتخاب بین گزینه‌های نامطلوب می‌باشد را مهیا می‌کند. در نتیجه فرد شجاعانه دست به انتخاب می‌زند و مسئولیت انتخاب خویش را می‌پذیرد و امیدواری، صبر، اراده، جرأت‌مندی و مهم‌تر از همه تاب‌آوری او در برابر مشکلات افزایش پیدا می‌کند (۲۵).

زنان نابارور ممکن است که خود را سرزنش کرده و به یک باره تمام شایستگی‌ها و توانایی‌های خود را زیر سؤال ببرند و خود را فردی بی‌لیاقت، نالایق و ضعیف تصور کنند و با مواجه شدن با تمام مشکلات این احساس تداوم می‌یابد، ولی با قرار گرفتن در جلسه‌های گروه درمانی وجودی، مراجعه‌کنندگان از وجود و توانایی‌های بالقوه خود آگاه می‌شوند و این آگاهی شامل تشخیص امکانات و یادگیری فعالیت‌های اساسی در رابطه با آن می‌باشد. اعضا در گروه فرصت دارند که احساس بی‌مانندی و یکتایی خود را بیان کنند و دیدگاهی ذهنی را از جهان خود ارایه دهند. گروه زمینه‌ای برای فرد به وجود می‌آورد که بتواند خودش را پیدا کند و تصمیماتی را برای خود و شیوه زندگی خود بگیرد که منجر به کامل شدن عملکردش شود. در این حالت او می‌تواند مخالف با دیگران نظر داده و عمل نماید و همین کار سبب

همین دلیل ممکن است که نوعی ناامیدی و ناکامی در او ریشه دواند و با عمیق‌ترین حالات انسانی که درد و رنج و بی‌معنایی است مواجه شود. یکی از اصول اساسی رویکرد وجودی، پذیرش درد و رنج در زندگی می‌باشد (۲۶). وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسان‌تر می‌شود و زندگی را با تمام شرایط آن می‌پذیرد. برگزاری جلسه‌های گروهی با رویکرد وجودی موجب شد که زنان نابارور با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و احساس این 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 پریشانی‌های روانی ناشی از ناباروری خود مسلط شوند و همچنین برای زندگی شادتر و پویاتر برای خود و خانواده آنها، گامی بردارند (۲۷).

انسان‌ها زمانی که با شرایط رنج‌آوری مواجه می‌شوند دچار نوعی بی‌معنایی، غفلت، درماندگی و ناامیدی در زندگی می‌شوند. انسان موجودی است که همواره به دنبال معناست حتی برای رنج‌ها و دردهایش به دنبال دلیلی است، به طوری که وقتی به این معنا دست یافت، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسان‌تر و حتی در مواقعی دلپذیرتر می‌شود. از سوی دیگر روان درمانی وجودی افراد را متوجه آزادی وجودی خود در زندگی می‌کند، که هر چند فرد با شرایط اجتناب ناپذیری روبروست، اما آزادی این را

است. اگر مفاهیم رویکرد وجودی را بتوان از طریق آموزش و روان درمانی به شکل صحیح در افرادی که با مشکلات و مسایل نا خواسته‌ای هم‌چون ناباروری درگیر هستند مورد استفاده قرار داد، در نتیجه به انسانی دست خواهیم یافت که تمام ویژگی‌های یک انسان تاب‌آور را در خود خلاصه کرده است. انسانی مصمم و شکست ناپذیر که به رغم دارا بودن شرایط پرفشار زندگی، اما قادر به حفظ و هم‌چنین تقویت سلامت روان خود و اطرافیانش خواهد بود.

تقدیر و تشکر

از زنان محترم شرکت کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌گردد.

می‌شود که اصالت خود را به دست آورد. گروه فرصت‌های زیادی برای چالش در زندگی افراد فراهم می‌آورد، آنها به تدریج راه‌هایی را می‌آموزند که باعث می‌شود مستقل شده و خود به مسایل و مشکلات خود پاسخ دهند (۳۴). یکی دیگر از تأثیرات مهمی که روان درمانی وجودی می‌تواند در زندگی زنان نابارور ایجاد کند، این است که با ایجاد تغییرات عمیق در بینش آنها نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به زندگی باعث می‌شود که هدفی برای خود برگزینند، از فرصت‌های خود لذت بیشتری ببرند و از زندگی رضایت بیشتری داشته باشند و به افراد کمک می‌کند که با اعتقاد به آزادی اراده و مسئولیت خویش در برابر زندگی به دنبال ایجاد شرایط بهتر برای زندگی خویش باشند (۳۵).

در نهایت کوچک بودن حجم نمونه و عدم امکان مقایسه متغیرهای مورد مطالعه با مردان نابارور از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش بود. امید است که در پژوهش‌های آینده امکان این مقایسه فراهم گردد. هم‌چنین با توجه به اثر روان درمانی وجودی در افزایش تاب‌آوری، پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های درمان نازایی، از مداخلات مبتنی بر رویکرد وجودی نیز به عنوان درمان مکمل در کنار درمان‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشانگر اهمیت روان درمانی وجودی در افزایش تاب‌آوری زنان نابارور

REFERENCES

1. Sudha G, Reddy KSN, Reddy KN, Reddy BKC. Emotional distress in infertile couples: Across-cultural study. *Asia Pacific J Soc Sci* 2011; 3(1):90-101.
2. Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Weinschel M. *Couple therapy for infertility*. New York: Guilford Press; 1999; 35-45.
3. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. *Hum Reprod* 2009; 24: 2683-7.
4. Spector AR. Psychological issues and interventions with infertile patients. *Women Therap* 2004; 27(3&4): 91-105.
5. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current practices and controversies in assisted reproduction. *Proc Med Ethic Soc Repr* 2001; 8: 17-21.
6. Anderson KM, Sharpe M, Rattery A, Irvine DS. Distress and concern in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosomatic Res* 2003; 54(4): 353-5.
7. Merari D, Cherit A, Modan B. Emotional reactions and attitudes prior to in vitro fertilization: An interpose study. *Psychol Res* 2002; 17: 629-40.
8. Little LM, Simmons BL, Nelson DL. Health among leaders: positive and negative affect burnout, forgiveness and revenge. *J Manag Stud* 2007; 44(2): 243-60.
9. Sehhatie Shafaie F, Mirghafourvand M, Rahimi M. Perceived stress and its social-individual predictors among infertile couples referring to infertility center of alzahra hospital in tabriz in 2013. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2014; 2(5): 291-6.
10. Cserepes RE, Kollar J, Sapy T, Wischmann T, Bugan A. Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 288(4): 925-32.
11. Faramarzi M, Pasha H, Esmailzadeh S, Kheirkhah F, Heidary S, Afshar Z. The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: a randomized controlled trial. *Int J Fertil Steril* 2013; 7(3): 199-206.
12. Takaki J, Hibino Y. Family-Related opinions and stressful situations associated with psychological distress in women undergoing infertility treatment. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11(9): 9068-81.
13. Khetarpal A, Singh S. Infertility: why can't we classify this inability as disability?. *Australasian Medical Journal* 2012; 5(6): 334- 9.
14. Silber SH, Jonathan HG, Minjin B. Unexpected resilience of species with temperature-dependent sex determination at the Cretaceous-Paleocene boundary. *Ro-Yal Society* 2010; 7(2):1-4.
15. Newman R. Providing direction on the road to resilience. *Behavioral Health Management* 2003; 23(4), 42-3.
16. Tiet QQ, Huizinga D. Dimensions of the construct of resilience and adaptation among Inner-city youth. *Journal of Adolescent Research* 2002; 17(3): 260-76.
17. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge OH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003; 12(2): 65-76.
18. Siebert A. *The resiliency advantage*. San Francisco: Berrett-Koehler publication. 2005; 40- 51.
19. Gharoie Ahangar R. A study of resilience in relation to personality, cognitive styles and decision making style of management students. *Africa Journal of Business Management* 2010; 4(6): 953-61.
20. Knight Z. *Heal My Heart: Stories of hurt and healing from group therapy*. Indo-Pacific Journal of Phenomenology 2002; 2(2): 1-15.
21. Deurzen EV. *Existential counselling & psychotherapy in practice*. London: Sage Publications; 2002; 30- 46.
22. Khodadadi J. Effectiveness of existential psychotherapy on college students' quality of life [dissertation]. Tehran: Tarbiat Moallem University; 2011; 1- 4.
23. Kalantarkousheh SM. Effects of existential issues training on marital communication among Iranian women. *Psihologijske Teme* 2012; 21(2): 213-24.
24. Margiotta DT. *Existential themes in late life depression* [dissertation]. United States Colorado: The University of the Rockies; 2006; 1- 9.

25. Rezaie R, Nazari AM, Zaharakar K, Smaeeli Far N. Effectiveness of existential psychotherapy in increasing the resiliency of mentally retarded children's mothers. *International Journal of Psychology and Behavioral Research* 2013; 2(2): 59-64.
26. Nazari A, Zarghami S. *Existential psychotherapy, individual and group therapy*. Tehran: Pazineh Press; 2009; 66- 71.
27. Corey G. *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Translated to Persian by Seyyed Mohammadi Y. Tehran: Arasbaran Publication; 2010; 25- 36.
28. Bavali F, Faramarzi S, Manshaie GH, Khaledian M. Effectiveness of group logo therapy on promotion of resiliency of the mothers with intellectual disability children. *World of Sciences Journal* 2013; 1(7): 115- 23.
29. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psych Oncology* 2003; 12(6): 532-46.
30. Mosalanejad L, Khodabakshi Koolee A. Looking at infertility treatment through the lens of the meaning of life: the effect of group logo therapy on psychological distress in infertile women. *Int J Fertil Steril* 2012; 6(4): 224-31.
31. Nazari AM, Yarahmadi H, Zaharakar K. The effectiveness of existential group psychotherapy on marital satisfaction in women with type 2 diabetes. *Journal of Knowledge & Health* 2014; 9(2):14-20.
32. Effectiveness of cognitive- existential therapy on reducing depression and improvement in quality of life in opiate addicts undergoing methadone- maintenance treatment. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences* 2014; 4 (4): 652-8.
33. Chalmeh R. Psychometric adequacy of resiliency amongst the prisoners in Adel Abad prison located in Shiraz: validity, reliability and factor structure. *Psychological Methods and Models* 2011; 1(4): 31- 43.
34. Rezaie Z. Effectiveness of existential psychotherapy in increasing the resiliency of mentally retarded children's mothers [dissertation]. Tehran: Kharazmi University; 2013;1-4.
35. Yarahmadi H. The effectiveness of existential group psychotherapy on marital satisfaction in women with type 2 diabetes [dissertation]. Tehran: Kharazmi University; 2013; 1-5.

Effectiveness of Existential Psychotherapy in Increasing the Resiliency of Infertile Women

Jalili Nikoo S¹, Rezaie Z¹, Nejati Nezhad N², Ghasemi Jobaneh R¹, Nooryan Kh^{3*}

¹ Department of Family Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran, ² Department of Rehabilitation Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran², ³ Department of Nursing Psychiatry, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 31 Jan 2015

Accepted: 30 Jun 2015

Abstract:

Background and Aim: Many problems are associated with infertility diagnosis, especially for women. Resiliency is one of the strategies which may reduce psychological distress of infertile women. The aim of current research was to study the effectiveness of existential psychotherapy in increasing the resiliency of infertile women.

Method: The design of the present study was a semi-experimental research with pretest and posttest with control group. Statistical population consisted of all infertile women of Dehdasht, Iran, in the summer of 2014. Samples were selected at first by available sampling method and after completing resiliency questionnaire, and obtaining score for enter to research, were placement using random sampling method in two experimental and control groups (N = 8 per group). The experimental group participated in 8 sessions of group counseling based on existential approach and control group received no intervention. The gathered data were analyzed using covariance analysis.

Results: The results showed that significant differences between the pre-test and post-test scores of the experimental group existed. This difference was significant at the level of 0.01. Therefore, it seemed that existential psychotherapy increased the resiliency of infertile women.

Conclusion: The results revealed that existential psychotherapy increased resiliency of infertile women and interventions based on this approach will lead to the improvement of the mental health.

Key words: Existential Psychotherapy, Resiliency, Infertile women.

Corresponding author: Nooryan Kh, Department of Nursing Psychiatry, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

Email: noorian20@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Jalili Nikoo S, Rezaie Z, Nejati Nezhad N, Ghasemi Jobaneh R, Nooryan Kh. Effectiveness of Existential Psychotherapy in Increasing the Resiliency of Infertile Women. *Armaghane-danesh* 2015; 20 (5): 453-459.