

اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار بهزیستی شهرستان رشت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۰۲

خلاصه

مقدمه: زنان سرپرست خانوار با دشواری‌ها و چالش‌های روانی و اجتماعی برای دست‌یابی به بهزیستی روانشناختی مواجه هستند، از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار بهزیستی شهرستان رشت در سال ۱۴۰۰ می‌باشد.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار شهرستان رشت و حجم نمونه شامل ۶۰ نفر که در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر در گروه تحت درمان وجودی، و ۲۰ نفر گروه تحت درمان شناختی رفتاری) و یک گروه گواه (۲۰ نفر) به طور تصادفی قرار داده شدند. سپس به هر یک از دو گروه آزمایش ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی ارائه شد. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه بهزیستی روانشناختی کارول ریف (۱۹۸۹) و پرسشنامه امیدواری اشنایدر و همکاران (۲۰۰۲) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد، در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و امیدواری، اثر اصلی زمان به لحاظ آماری معنادار و بدین معنی است که بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی) تفاوت معناداری وجود داشته که نشان‌دهنده تأثیر معنادار هر دو روش درمانی بر متغیرهای وابسته پژوهش بود. این در حالی است که اثر گروه و زمان معنادار نبوده که تفاوت معناداری بین میزان تأثیرگذاری دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر متغیرهای بهزیستی روانشناختی و امیدواری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: هر دو روش درمانی به یک میزان توانسته‌اند بر افزایش بهزیستی روانشناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار تأثیر گذار باشند.

کلمات کلیدی: درمان شناختی رفتاری، درمان وجودی، بهزیستی روانشناختی، امیدواری، زنان سرپرست خانوار

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

حمیده سادات مهاجری^۱
محمد مهدی جهانگیری^{۲*}
ذبیح پیرانی^۲

۱ دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

Email:
mohajerihamidehsadat@gmail.com

مقدمه

زنان سرپرست خانوار،^۱ به علت مشکلات متعددی که دارند، بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های روانی و اجتماعی قرار دارند. زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند، که به دلایل متعدد از جمله فوت همسر، متارکه، طلاق، از کارافتادگی همسر و مفقودالاًثر بودن همسر، سرپرستی خانواده خود را برعهده گرفته‌اند. آن‌ها علاوه بر نقش مادری و وظیفه سنگین پدری را نیز عهده دار شده‌اند. بر مبنای تعریف سازمان بهزیستی، زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که عهده‌دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار می‌باشند. مطابق تعریف مرکز آمار ایران، زنان سرپرست خانوار شامل افرادی است، که در نبود همسر (مرد)، یا بدون حضور منظم و حمایت‌کننده یک مرد بزرگسال سرپرستی خانوار را بر عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره مالی و تصمیم‌گیری خانواده، با آن‌ها می‌باشد [۱].

در کشور تعداد خانواده‌هایی که سرپرست آن زن هستند، حدود سه میلیون و ۵۰۰ هزار خانوار است و رشد خانواده‌های مرد سرپرست طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸، حدود ۴۱ درصد بوده است، که این رشد در مورد خانواده‌های زن سرپرست، به ۶۳ درصد رسیده است [۲]. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۹، میزان سهم زنان در سرپرستی خانواده‌ها، ۱۰/۱۲ درصد بوده است، که این میزان در سال ۱۳۸۵، به میزان ۸/۴ درصد بوده و طی یک دهه از رشد دو در صدی برخوردار است. این آمار نشان می‌دهد که سالانه حدود ۷۷ هزار زن، سرپرستی خانواری را به عهده گرفته‌اند. سن حدود ۲۶ درصد از این گروه زنان ۲۵ تا ۴۴ سال، ۳۸ درصد بین ۴۵ تا ۶۴ سال و ۳۲ درصد نیز بین ۶۵ ساله و بالاتر قرار دارند. دلایل عمده سرپرستی زنان در خانوار فوت همسر (حدود ۷۰ درصد این گروه را به خود اختصاص می‌دهد) و در وهله دوم، طلاق (۵ درصد زنان در شهرها و ۲ درصد در روستاها) است [۳].

متأسفانه در جامعه کنونی زندگی زنان پس از ترک شوهر (به دلیل فوت، طلاق و...) غالباً با ابهامات و مخاطراتی روبروست، از جمله سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی و همراه با افسردگی و ناامیدی، همچنین نگرش غلط جامعه نسبت به زنان مطلقه و بیوه در نبود همسرانشان، آنان را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌کند و موجبات برهم خوردن سلامتی و بهزیستی آن‌ها می‌شود [۴].

براساس مطالعه جانگ، هو و وانگ^۲ (۲۰۱۶) [۵]. نوع نگرش فرد به زندگی نقش مهمی در سلامت و بهزیستی روانی فرد دارد. بهزیستی روانشناختی^۳ به عنوان ارزیابی‌های شناختی و هیجانی فرد از زندگی خود تعریف می‌شود. این ارزیابی‌ها شامل خلیات فرد، واکنش‌های هیجانی به رویدادها، قضاوت نمودن درباره کامیابی و رضایت از زندگی و رضایت از محدوده‌های خاص زندگی باشد. در واقع، مفهوم بهزیستی به وضعیت مثبت ذهن و روان اشاره دارد و حالت کیفی زندگی را نشان می‌دهد [۶].

طبق مطالعه بوهمجر و ویستروف^۴ (۲۰۲۰) [۷]. در صورتی که افراد از بهزیستی روانشناختی بالایی برخوردار باشند، امید به زندگی و امیدواری، آن‌ها نیز افزایش خواهد یافت. امید زندگی موجب می‌شود تا انرژی روانی فرد در جهت مثبت بیشتر شود و مشکلات زندگی را راحت‌تر تحمل کنند و بهزیستی روانشناختی بالاتری را تجربه کنند [۸]. و این موضوع در پژوهش اساک، پت و مک لاجلان^۵ (۲۰۱۸)، نیز گزارش داده شد، که افراد دارای امید به زندگی بیشتر در عملکرد خود کمتر دچار اضطراب و استرس می‌شوند و متعاقب آن، بهزیستی روانی بالاتری را تجربه می‌کنند [۹].

امیدواری، مجموعه‌ای ذهنی است که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است [۱۰]. امید در حقیقت احساسی سرشار از خوش‌بینی است. امیدواری، نوعی آگاهی درونی به این نکته است که مجبور نیستید در تمام عمر رنج ببرید. استعداد امیدواری، آشکارترین نشان زندگی و چیزی است که انسان را از عزم و توان آغاز کردن برخوردار می‌کند. امید به زندگی بزرگترین درمان است. تنها نیرویی که بشر را در کمال امنیت از میان سرزمین‌های ناشناخته هدایت می‌کند [۱۱]. لین^۶ و همکاران (۲۰۲۲)، معتقدند؛ زمانی که باورهای مبتنی بر امیدواری کاهش یابد، این احتمال وجود دارد که بهزیستی روانشناختی کاهش یابد و بدین ترتیب بسترهای بروز بهزیستی روانشناختی را بیشتر مهیا می‌کند و در این زمان مداخلات روانشناختی تأثیرگذار است [۱۲].

درمان وجودی^۷ و درمان شناختی رفتاری^۸، دو روش درمانی هستند که بارها در تحقیقات مختلف اثربخشی آن‌ها بر متغیرهای مختلف روانی و شخصیتی به اثبات رسیده است [۱۳]. درمان وجودی، به جای تأکید بر بهبود بیماری یا به کارگیری مطلق تکنیک‌های حل مسأله برای تکلیف

4 - Bohlmeijer & Westerhof

5- Isaac, Pit & McLachlan

6- Lin

7 - Existential Therapy

8 - therapy cognitive behavioral

1 . Women heading household.

2 - Jiang, Hou & Wang

3- psychological well-being

۱- پرسشنامه بهزیستی روان شناختی

این پرسشنامه را در سال ۱۹۸۹ کارول ریف ساخته است، در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت، و طبسی زنجانی (۱۳۸۳)، آن را هنجاریابی کرد. در این تحقیق از فرم کوتاه ۸۴ سوالی استفاده شد. این مقیاس یک مقیاس شش درجه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) و دارای ۶ خرده مقیاس، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی و پذیرش خود است. برای نمره گذاری به هر گزینه یک کد ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. ۴۷ سؤال به صورت مستقیم و ۳۷ سؤال به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند [۱۶]. در پژوهش ریف و شمات (۱۹۸۹)، همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف (۱۹۸۹)، برای خرده مقیاس پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۸۳، ۰/۸۷ گزارش شده است [۱۷].

۲- پرسشنامه امیدواری

از پرسشنامه امید به زندگی بزرگسالان شنایدر به منظور جمع آوری اطلاعات در مورد امید به زندگی استفاده می‌شود. مقیاس امید بزرگسالان پرسشنامه‌ای خود گزارشی شامل ۱۲ سوال است، که توسط شنایدر و همکاران (۲۰۰۲)، برای بزرگسالان بزرگتر از ۱۵ سال ساخته شده است. هر سوال براساس یک مقیاس لیکرت هشت درجه‌ای کاملاً مخالفم (نمره ۱)، تا کاملاً موافقم (نمره ۸) پاسخ داده می‌شود. نمره ۸ کمترین میزان امید و ۶۴ بالاترین سطح امید است. سوالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ انحرافی بوده و نمره‌ای به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد. شنایدر و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و از طریق بازآزمایی آن در دوره‌ای ۱۰ هفته‌ای ۰/۸۰ به دست آورده‌اند [۱۸]. در پژوهش دورقی و همایی (۱۳۹۵)، پایایی آن ۰/۸۵ گزارش داده شد [۱۹].

اجرا

جهت اجرای پژوهش و با توجه به اینکه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی بوده و دارای پرونده هستند، محقق پس از کسب مجوز از سازمان بهزیستی استان گیلان، از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی رشت، زنانی که دارای ملاک‌های پژوهش بودند ۴۵ نفر (که دارای نمره ۲۱ به بالا در پرسشنامه افسردگی بودند) انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری و ۱۵ نفر در گروه درمان وجودی)

دشوار زندگی اصیل، بر درک آزادی، مسئولیت و ابراز صادقانه خویش تمرکز دارد. این رویکرد گروهی، رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی؛ یعنی مرگ، آزادی، تنهای و بی معنایی که در وجود انسان ریشه دارند، تأکید دارد. رویکرد درمانی وجودی می‌تواند در تصمیم‌گیری و هدف گذاری به افراد مزوی و گوشه‌گیری کمک کند، زیرا وظیفه درمانگر تحلیل وجودی این است، که به فرد این آگاهی را بدهد که نباید همیشه به‌عنوان موجود منفعلی که رویدادها، زندگی او را رقم می‌زند و اهداف او را تعیین می‌کنند، عمل کند، بلکه می‌تواند به‌طور آگاهانه تبدیل به خالق و مؤلف خود گردد، و عملکرد فردی و اجتماعی عالی داشته باشد [۱۴]. هم‌چنین، درمان شناختی رفتاری به دنبال تکامل نظریات گوناگون روی کار آمد. این رویکرد از یک سو، حاصل فعالیت روان‌شناسان شناختی و از سوی دیگر تحت تأثیر روان‌شناسان رشد و نظریه‌های یادگیری اجتماعی قرار داشته است. روش شناختی رفتاری، رویکرد کوتاه مدت و معطوف به زمان حال است که به فرد، شایستگی‌های رفتاری و شناختی را برای عملکرد سازگارانه در دنیای درون فردی و بین فردی‌اش آموزش می‌دهد، که مورد نیاز اوست [۱۵].

بنابراین، در مواقعی که فرد به لحاظ روانی دچار مشکل می‌شوند، مداخلات روانشناختی یک ضرورت محسوب می‌شود تا بتواند فرد را در مسیر بهزیستی روانشناختی قرار دهد.

با توجه به مطالب مطرح شده، زنان سرپرست خانوار با دشواری‌ها و چالش‌های روانی و اجتماعی برای دست‌یابی به بهزیستی روانشناختی مواجه هستند و برای رفع آسیب‌های روانی نیاز است در مورد آنان تحقیقات بیشتری انجام شود. حال با توجه مشکلات روانی این سؤال پیش می‌آید که آیا روش درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی می‌تواند بر بهبود بهزیستی روانشناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار بهزیستی در شهرستان رشت تأثیرگذار باشد؟ آیا بین میزان اثربخشی دو روش مذکور تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر رشت به تعداد ۲۱۵۹۰۰۰ نفر در سال ۱۴۰۰ است. حجم نمونه برای هر گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) ۲۰ نفر، گروه آزمایش (درمان وجودی) ۲۰ نفر، و گروه کنترل نیز ۲۰ نفر می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. سپس به هر یک از دو گروه آزمایش ۸ جلسه گروهی ۱/۵ ساعته درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی ۹۰ دقیقه‌ای داده شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از آن دو گروه مجدداً از طریق پرسشنامه پژوهش مذکور مورد پس آزمون قرار گرفتند و به فاصله سه ماه مجدداً آزمون پیگیری انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار استنباطی از روش آماری تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. بنابراین، شرح جلسات درمان‌ها در ادامه و جدول‌های ۱ و ۲ ذکر شده است.

محتوای جلسات درمان شناختی - رفتاری: دستورالعمل جلسات و تکنیک‌هایی که در جلسه درمانی آموزش داده شد، براساس پروتکل درمان شناختی رفتاری آنتونی، ایرنسون و اشناپدرمن (کتاب مدیریت استرس به شیوه شناختی، ۱۳۹۲) تنظیم شد. شرح مختصر جلسات شناختی رفتاری به صورت ذیل بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری

جلسه اول	معرفی شرکت‌ندگان، ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری، بیان علت برگزاری این جلسات و هدف گروه درمانی شناختی-رفتاری، بیان و شرح اصول رازداری، بیان قوانین و اصول جلسات درمان
جلسه دوم	توضیح درباره ارتباط افکار، احساسات و رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار، توضیح در مورد سبک‌های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول
جلسه سوم	توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)
جلسه چهارم	بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب
جلسه پنجم	تعریف رفتار جرأت‌مندانه، خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرأت‌ورزی، فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه
جلسه ششم	نکاتشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق، راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند
جلسه هفتم	مدیریت استرس و حل مسئله، توضیح در مورد استرس، مدیریت استرس‌ها، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی
جلسه هشتم	تعریف عزت نفس، بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت نفس می‌شود، راهبردهایی برای بهبود عزت نفس

برگرفته از کتاب روان‌شناسی وجودی (Ervin, 2015)، تنظیم شد. شرح مختصر جلسات به صورت ذیل بود.

محتوای جلسات درمان وجودی: دستورالعمل جلسات و تکنیک‌هایی که آموزش داده شد براساس دستورالعمل درمان وجودی

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان وجودی

جلسه اول	آشنایی با فرآیند گروه درمانی، آشنایی با قواعد و هنجارها، ایجاد زمینه برای همبستگی گروه و ارتباط اعضا، اصل رازداری و محرمانه بودن
جلسه دوم	ایجاد ارتباط و همبستگی گروهی، افزایش خودآگاهی، حضور در زمان حال، افزایش مشارکت اعضای گروه
جلسه سوم	تعمیق بخشیدن به خودآگاهی، افزایش جرأت ابراز وجود و باز بودن، افزایش تحمل اعضا نسبت به یکدیگر
جلسه چهارم	آشنایی با مفاهیم روانشناختی آزادی و انتخاب، آگاهی از جایگاه پیامدهای آزادی و انتخاب
جلسه پنجم	آشنایی با مفهوم مسئولیت‌پذیری، افزایش حس مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران، درک رابطه فرار از آزادی و انتخاب با ناتوانی در مسئولیت‌پذیری
جلسه ششم	تجربه اصالت خود در برقراری رابطه با دیگران، درک و پذیرش تنهایی و مرگ به عنوان واقعیت‌های غیرقابل اجتناب، درک اهمیت واقعیت مرگ برای پربار شدن زندگی
جلسه هفتم	درک معنا و هدف زندگی، کشف معناهای پنهان و آشکار زندگی اعضا، متعهد شدن به هدفی خاص در زندگی آینده

جلسه هشتم

یکپارچه سازی و تبیین هماهنگ مطالب جلسات قبل، تبیین گروه درمانی به عنوان آغاز ارتباطی جدید و سالم با دیگران، پایان دادن به فرآیند

نتایج

در این قسمت به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان سرپرست خانوار بهزیستی شهر رشت گروه نمونه براساس متغیرهای سن، تحصیلات و تعداد فرزندان در جدول زیر پرداخته شده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی زنان سرپرست خانوار دو گروه آزمایش و گروه گواه براساس سن

سن	آزمایش (درمان شناختی رفتاری)		آزمایش (درمان وجودی)		گواه
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۲۹-۳۴ سال	۵	۲۵	۳	۱۵	۲
۳۵-۴۰ سال	۱۲	۶۰	۱۳	۶۵	۱۳
بیشتر از ۴۰ سال	۳	۱۵	۴	۲۰	۵
مجموع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰

تحصیلات	آزمایش (درمان شناختی رفتاری)		آزمایش (درمان وجودی)		گواه
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
دیپلم	۱۱	۵۵	۱۲	۶۰	۱۳
دانشگاهی	۹	۴۵	۸	۴۰	۷
مجموع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰

تعداد فرزندان	آزمایش (درمان شناختی رفتاری)		آزمایش (درمان وجودی)		گواه
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
یک فرزند	۱۱	۵۵	۱۲	۶۰	۱۲
دو فرزند	۵	۲۵	۵	۲۵	۵
سه فرزند	۴	۲۰	۳	۱۵	۳
مجموع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰

دیپلم بود. بنابراین اطلاعات بیشترین فراوانی زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) (۵۵ درصد) و آزمایش (درمان وجودی) (۶۰ درصد)، و گروه گواه (۶۰ درصد) مربوط به زنان سرپرست خانوار دارای یک فرزند بود. نتایج حاصل از میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه در جدول زیر آورده شده است.

بنابراین اطلاعات جدول ۳. بیشترین فراوانی زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) (۶۰ درصد) و آزمایش (درمان وجودی) (۶۵ درصد)، و گروه گواه (۶۵ درصد) مربوط به گروه ۳۵ تا ۴۰ سال بود. بنابراین اطلاعات جدول، بیشترین فراوانی زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) (۵۵ درصد) و آزمایش (درمان وجودی) (۶۰ درصد)، و گروه گواه (۶۵ درصد) مربوط به زنان سرپرست خانوار با سطح تحصیلات

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمره کلی بهزیستی روانشناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه

آزمون پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر وابسته
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱۱/۴۰	۶۱/۹۰	۱۰/۱۹	۵۹/۲۵	۱۰/۴۳	۴۵/۲۵	آزمایش (درمان شناختی رفتاری)	بهزیستی روان-شناختی
۱۲/۴۸	۵۹/۸۵	۱۲/۳۳	۵۸/۳۵	۱۲/۰۳	۴۵/۸۰	آزمایش (درمان وجودی)	
۸/۱۶	۴۹/۱۵	۷/۴۲	۴۸/۶۵	۷/۳۰	۴۹/۸۵	گواه	
۱۰/۶۶	۴۵/۹۵	۶/۵۸	۴۴/۰۵	۷/۳۳	۳۴/۳۵	آزمایش (درمان شناختی رفتاری)	امیدواری
۷/۹۳	۴۵/۱۵	۶/۹۲	۴۲/۷۵	۵/۸۵	۳۴/۸۵	آزمایش (درمان وجودی)	
۹/۴۶	۳۶/۹۰	۷/۷۲	۳۶/۰۵	۶/۶۸	۳۷/۱۰	گواه	

وارianس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت، که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر بهزیستی روانشناختی و امیدواری رعایت شده است ($P > 0.05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و امیدواری رعایت نشده است ($p < 0.05$) بر این اساس با برآورده نشدن پیش فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (Greenhouse-Geisser correction) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

چنانکه در جدول ۴. مشاهده می‌شود، میانگین نمرات کلی پیش آزمون بهزیستی روانشناختی و امیدواری سرپرست خانوار دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی) و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس آزمون و پیگیری بهزیستی روانشناختی و امیدواری میانگین نمرات دو گروه آزمایش بزرگتر از میانگین نمرات گروه گواه بود.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و امیدواری در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ($P > 0.05$). هم چنین پیش فرض همگنی

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان

سرپرست خانوار

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
بهزیستی روان‌شناختی	زمان	۵۵۴۸/۷۱	۱/۷۸	۳۷۰۳	۴۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	تعامل گروه و زمان	۳۳/۹۵	۱/۷۸	۱۸/۹۸	۲/۸۸	۰/۰۶	۰/۰۷
امیدواری	زمان	۲۶۹۲/۸۶	۱/۳۴	۲۰۰۰/۴۳	۵۴/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	تعامل گروه و زمان	۱۷/۲۶	۱/۳۴	۱۲/۸۲	۰/۳۴	۰/۷۰	۰/۰۰۹

روش درمانی به یک میزان توانسته‌اند بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار تأثیر گذار باشند.

این یافته‌ها در راستای یافته‌های پژوهش نداف شرق (۱۳۹۲) [۲۰]، بهروزی فر (۱۳۹۱) [۲۱]، و عبدخدایی (۱۳۹۰) [۲۲]، قرار دارد. این در حالی است که در پژوهش‌های متعدد تأثیر دو روش درمانی شناختی رفتاری و درمان وجودی بر متغیرهای روانی و شخصیتی مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. از جمله پژوهش فرماني شهرضا، خانی، و الفونسو، لاندگیرن و اندرسون^۱ (۲۰۲۰) [۱۴]، را می‌توان اشاره کرد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، پژوهشگر با استفاده از تکنیک‌های درمان وجودی و درمان شناختی رفتاری توانسته قضاوت و انتقادی که زنان سرپرست خانوار هر دو گروه آزمایش نسبت به افکار و احساساتش داشته‌اند، به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا (که موجب افزایش حالت‌های نگرانی و ناراحتی و تنش‌ها بین زنان شده و بهزیستی روانی آن‌ها را کاهش می‌دهد)، را کنترل و مدیریت کنند. در واقع، این روش‌های درمانی همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی ناشی از فشار کاری و خانوادگی برای زنان سرپرست خانوار دو گروه آزمایش عمل کرده و با افزایش امید به زندگی با سخت‌گیری کمتری با باورها و احساسات خود مواجه شوند، وقایع منفی زندگی (که این‌گونه زنان در قبل تجربه کرده‌اند) را راحت‌تر بپذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیقتر و بیشتر بر

نتایج جدول ۵، در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری، اثر اصلی زمان به لحاظ آماری معنادار و بدین معنی است که بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی) تفاوت معناداری وجود داشته که نشان‌دهنده تأثیر معنادار هر دو روش درمانی بر متغیرهای وابسته پژوهش بوده است. این در حالی است که اثر گروه و زمان معنادار نبوده و بدین معنا است که تفاوت معناداری بین میزان تأثیر گذاری دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری بوده و هر دو روش درمانی به یک میزان توانسته‌اند بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار تأثیر گذار باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

بحث در خصوص یافته‌ها نشان داد، درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی به‌طور معناداری بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار بهزیستی شهرستان رشت، تأثیر داشته و دو درمان تأثیر پایداری بر متغیرهای وابسته داشته‌اند. این در حالی است که اثر گروه و زمان معنادار نبوده و بدین معنا است که تفاوت معناداری بین میزان تأثیر گذاری دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری بوده و هر دو

¹ - Alfnsson, Lundgren & Andersson

پایه عملکرد واقعی زندگی صورت گیرد. بدین ترتیب تکنیک‌های بکار گرفته (در دو روش درمان وجودی و درمان شناختی رفتاری) در پژوهش حاضر به یک میزان توانسته‌اند موجب افزایش و بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار و بدنبال آن انتخاب یک زندگی سالم همراه با آرامش شده است.

از نگاهی دیگر و در تبیینی دیگر می‌توان گفت، نیاز اقتصادی مهم‌ترین مسأله در زندگی زنان سرپرست خانوار است و معمولاً این زنان به علت نداشتن مهارت در یک رشته‌ای خاص و نداشتن شغل ثابت و پایین بودن سطح تحصیلات، امکان دارد وضعیت اقتصادی آنها بعد از فوت، ترک، طلاق و حتی از کارافتادگی همسر، سیر نزولی داشته باشد و این مشکلات متعدد، مطمئناً در معرض آسیب‌های زیادی قرار دارند، که موجبات برهم خوردن بهزیستی روانی، ایجاد نگرش منفی به زندگی و از بین رفتن امید به زندگی بهتر در آنها شود. در این زمان است که افکار منفی و ناکارآمد تفکر آنها را فرا می‌گیرد، که در پژوهش حاضر محقق با استفاده از تکنیک‌های دو روش درمان وجودی و درمان شناختی رفتاری، موجبات تقویت عمل و تجربه در زمان حال در آنها شده و به زنان آموخته که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون، زندگی کرده و بهتر و مؤثرتر با مشکلات و استرس‌های زندگی مقابله کنند. تکنیک آگاهی و درک فرد از انگیزه‌ها و رفتارهای فردی و اجتماعی مطلوب در درمان شناختی رفتاری موجب می‌شود زنان گروه آزمایش یک گام به عقب بردارند و نظاره‌گر افکار خود باشند که بدین ترتیب افکار مزاحم را فقط یک فکر ساده، نه یک واقعیت محض بپندارند و بنابراین واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی، کمک شایانی به بهبود بهزیستی روانی و نگرش مثبت و امید به زندگی آنها شده است.

در ادامه به بررسی محدودیت‌های پژوهش پرداخته می‌شود. محدود بودن نتایج پژوهش به زنان سرپرست خانوار شهرستان رشت، و در تعمیم نتایج به سایر زنان سرپرست خانوار شهرهای دیگر احتیاط لازم بایستی صورت گیرد. به لحاظ نو و جدید بودن موضوع، پژوهش‌های مرتبط با موضوع «درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی» که دو متغیر وابسته (بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری) را به‌طور همزمان مورد مطالعه قرار دهد، انجام نشده و به لحاظ سنجش همزمانی دو متغیر مستقل و دو متغیر وابسته مذکور پژوهشگر با محدودیت مواجه بوده است. از محدودیت‌های پژوهش ایجاد هماهنگی بین زنان سرپرست خانوار گروه نمونه برای شرکت در جلسات درمان بود. از آنجا که در

این پژوهش امکان کنترل تمامی متغیرهای مداخله‌گر وجود نداشته، لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت پذیرد. زیاد بودن تعداد سؤالات پرسشنامه‌های مشکلاتی را برای تکمیل آنها برای برخی از زنان بوجود آورده بود. به علت محدودیت‌های زمانی همگن‌سازی گروه‌های آزمایش و گواه به‌طور کامل و با در نظر گرفتن تمامی متغیرها (بطور مثال هوش، سطح درآمد، محل زندگی) انجام نگرفت. در راستای پیشنهادها کاربردی پژوهش، با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر «تأثیر دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار» پیشنهاد می‌شود در مرکز مشاوره مداخله در بحران سازمان بهزیستی جهت بهبود وضعیت روانی زنان سرپرست خانوار از دو روش درمانی مذکور استفاده کنند. با توجه به یافته‌های بدست آمده مبنی بر «تأثیر دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار» پیشنهاد می‌شود، کارگاه‌های آموزش راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار که مبتنی بر روش درمانی شناختی رفتاری بوده، برگزار کنند. با توجه به یافته‌های حاصله مبنی بر «تأثیر دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار» به مدیران سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود، کلاس‌های درمان وجودی مبتنی بر مهارت‌های شناسایی و تشخیص خطاهای شناختی و مقابله مؤثر با آنها برای زنان سرپرست خانوار برگزار کنند تا بدین ترتیب امید به زندگی آنها بیشتر شود. بر اساس نتایج حاصله مبنی بر «تأثیر دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری زنان سرپرست خانوار» به مدیران سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود، برای زنان سرپرست خانوار براساس درمان وجودی تکنیک تصویرسازی ذهنی از موقعیت‌های موفقیت یا شکست خود، آموزش داده شود، تا بدین ترتیب نگرش آنها به زندگی مثبت‌تر و امید به زندگی بهتر در آنها بیشتر شود.

تقدیر و تشکر: در پایان، پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند تا از تمامی مشارکت‌کنندگان، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.
ملاحظات اخلاقی: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک استخراج شده است و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.A.REC.1402.003 می‌باشد.

References

1. Jahani Daulatabadi, E., and Jahani Daulatabadi, Ra. (2017) Strategies for empowering the low-income classes by relying on home jobs. *Welfare and Social Development Planning Quarterly*, No. 36, 9th year, 105-121. (Persian).
2. Darahaki, A., and Nobakht, R. (2022) Investigating the economic and social status of Iranian women heads of households: a secondary analysis. *Paish*, 20th year, 4th issue, 427-441. (Persian).
3. Majlis Research Center. (2018). Investigating the situation of women heads of households. Tehran: Islamic Council. (Persian).
4. Falahi Gilan, R., Roshanfekar, P., and the Kalantari, A.A. (2013) Studying the socio-economic status of female heads of the household. *Danesh Shahr Magazine*, No. 29, 61-50. (Persian).
5. Jiang, T., Hou, Y., and Wang, Q. (2016). Does micro-blogging make us "shallow"? Sharing information online interferes with information comprehension. *Comput. Hum. Behav.* 59, 210–214. doi: 10.1016/j.chb.2016.02.008.
6. Ryff, C.D. (2010). Psychological well-being in adult life. *Cur Dir Psych Sci*, 4: 99–104.
7. Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2020). A New Model for Sustainable Mental Health.
8. O'Connell, M. & Marks, G. N. (2021). Are the effects of intelligence on student achievement and well-being largely functions of family income and social class? Evidence from a longitudinal study of Irish adolescents. *Intelligence*, 84, 101511.
9. Isaac, V., Pit, S.W. & McLachlan, C. S. (2018). Self-efficacy reduces the impact of social isolation on medical student's rural career intent. *BioMed Central medical education*, 18, 42.
10. Bhattacharya, S., Goicochea, C., Heshmati, S., Carpenter, J.K., & Hofmann, S.G. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*, 25(1):19-30. doi: 10.1007/s11920-022-01402-8. Epub 2022 Dec 19. PMID: 36534317; PMCID: PMC9834105.
11. Işik, N. A. (2021). The Relationship Between Perceived Parental Attitude and Life Satisfaction Among University Students. *Galician Medical Journal*, 28(2), 202-218.
12. Lin, L., Guo, H., Duan, L., He, L., Wu, C., Lin, Z., and Sun, J. (2022) Research on the relationship between marital commitment, sacrifice behavior and marital quality of military couples. *Front. Psychol.* 13:964167.
13. Shafiabadi, A. (2014). Counseling and psychotherapy theories. Tehran: Academic Publishing Center. (Persian).
14. Alfnsson, S., Lundgren, T., & Andersson, G. (2020). Clinical supervision in cognitive behavior therapy improves therapists' competence: a single-case experimental pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2, 1–14. 10.1080/16506073.2020.1737571.
15. Alfnsson S, Parling T, Spännargård Å, Andersson G, Lundgren T. (2018). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3):206–228.
16. Zanjani Tabasi, R. (2004). Construction and standardization of psychological well-being test. Master's thesis in general psychology, University of Tehran. (Persian).
17. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the psychological science, 4, 99-103.
18. Snyder, C. R. (2002). "Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
19. Doreghi, Kh., Homai, R., (2015), investigating the relationship between life expectancy and life satisfaction among welfare workers in Abadan city, the first international conference on new horizons in humanities, Tehran. (Persian).
20. Nadaf Shargh, H. (2012) Comparing the effectiveness of existential group therapy and cognitive-behavioral group therapy on improving the quality of interest, interpersonal relationships, and psychological well-being. Master's thesis in clinical psychology, Ferdowsi University of Mashhad. (Persian).
21. Behrouzi Far, J. (2012) Comparing the effectiveness of two methods of cognitive-behavioral group therapy and the authenticity of humanistic existence on self-esteem, social interest, and hope of prisoners. Master thesis in psychology. Mashhad Ferdowsi University. (Persian).
22. Abdkhodaei, Z. (2017). Comparison of the effectiveness of existential group therapy and cognitive-behavioral group therapy on improving women's level of hope and marital satisfaction. Master's thesis in psychology. Mashhad Ferdowsi University. (Persian).

Original Article

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and existential therapy on psychological well-being and hope of female heads of welfare households in Rasht city

Received: 30/03/2024 - Accepted: 23/07/2024

Hamideh Sadat Mohajeri ¹
Mohammad Mehdi Jahangiri ^{2*}
Zabih Pirani ²

¹ *PhD. student, Department of Consulting, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.*

² *Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.*

Email:
mohajerihamidehsadat@gmail.com

Abstract

Background: Women heads of households face psychological and social difficulties and challenges to achieve psychological well-being. Therefore, the aim of the present study is to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and existential therapy on the psychological well-being and hope of female heads of households in Rasht city.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up plan with two experimental groups and a control group. The statistical population includes all female heads of households in the city of Rasht and the sample size includes 60 people who were randomly assigned to two experimental groups (20 people in the existential therapy group and 20 people in the cognitive behavioral therapy group) and a control group (20 people). Then, eight 90-minute group sessions of cognitive behavioral therapy and existential therapy were presented to each of the two experimental groups. The data collection tools included the psychological well-being questionnaire of Carol Reif (1989) and the hope questionnaire of Schneider and colleagues (2002). Analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data.

Results: The results showed that the main effect of time is statistically significant in the variables of psychological well-being and hope, which means that between the three stages of pre-test, post-test and follow-up in the variables of psychological well-being and hope of women heads of households in the two experimental groups (cognitive-behavioral therapy and existential therapy) there was a significant difference, which indicated the significant effect of both treatment methods on the dependent variables of the research. This is even though the effect of group and time was not significant, that there was no significant difference between the effect of two methods of cognitive-behavioral therapy and existential therapy on the variables of psychological well-being and hope.

Conclusion: Both treatment methods have been able to increase the psychological well-being and hope of female heads of the household to the same extent.

Keywords: cognitive behavioral therapy, existential therapy, psychological well-being, hope, female heads of the household

Acknowledgement: There is no conflict of interest