

دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره چهل و دو - زمستان ۱۳۸۸

صص ۴۵ - ۲۵

اثر بخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی

مریم غلامی^۱ - غلامرضا پاشا^۲ - منصور سودانی^۳

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر نوجوانان تالاسمی ماژور شهر اهواز صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دختر تالاسمی ماژور ۱۵ تا ۱۸ سال مراجعه کننده به بیمارستان ابوذر در بهار سال ۱۳۸۸ بود. که پیش آزمون بر روی تعداد ۱۱۰ نفر از این مراجعه کنندگان اجرا شد و از بین آنها ۴۶ نفر از افرادی که پایین ترین نمره در آزمون سلامت عمومی GHQ۲۸ که نمره ۶ می باشد و پایین ترین نمره در آزمون امید به زندگی میلر که یک انحراف معیار زیر میانگین می باشد کسب کردند، بعنوان نمونه آماری انتخاب شدند سپس افراد نمونه به صورت تصادفی

۱- دانش آموخته کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات خوزستان
m.gholami - 86 @ yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

۳. استادیار دانشگاه چمران

ساده به دو گروه ۲۳ نفری بعنوان گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار اندازه گیری این پژوهش آزمون امید به زندگی میلر و سلامت عمومی GHQ ۲۸ بود و طرح تحقیق از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و یک جلسه پیگیری بود. به گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته فنون معنا درمانی آموزش داده شد. سپس، پس آزمون برای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) اجرا گردید. در مرحله بعد پس از ۱ ماه آزمون پیگیری امید به زندگی میلر و سلامت عمومی GHQ ۲۸ جهت سنجش ماندگاری آموزش های داده شده اجرا گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس (مانکوا) استفاده شد و نتایج تحقیق نشان داد که آموزش معنا درمانی می تواند باعث افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران تالاسمی ماژور گردد ($P < 0/0001$). همچنین سنجش ماندگاری پژوهش نیز ($P < 0/0001$) همین نتیجه را نشان داده است.

کلید واژگان: معنادرمانی، امید به زندگی، سلامت عمومی، بیماران تالاسمی.

مقدمه

یکی از مشغله های بزرگ ذهن انسان، خود انسان است. آفرینش و پیدایش انسان، هدایت شده و جهت دار است یا بی جهت و تصادفی بوده است. اگر برای بودن انسان معنایی وجود دارد، آن معنا یا آن معناها چیست و کدامند. و چگونه باید آنها را دریافت و محقق ساخت (فرانکل^۱، ۱۹۷۵؛ ترجمه یزدی، ۱۳۷۵).

به ذهن برخی، پرسشهایی چون چه باید بکنم؟ چه چیزی درست است؟ چه چیزی غلط است؟ چگونه تصمیم بگیرم؟ به سوی کدام هدف بروم؟ و برای چه غایتی کوشش نمایم؟ خطوط می کند. به طور معمول این پرسشها به یک ذهن بیمار و آشفته متبادر نمی شود بلکه از یک روح بیدار و پخته که در فرآیند جستجوگری فعال قرار دارد برمی خیزد. متأسفانه افراد شکیبایی خود را از دست می دهند و به راحتی تحت تأثیر گفته های دیگران قرار گرفته و در این مبارزه میدان را خالی می کنند. کسانی هم که پرسش گری می کنند و در جستجوی پاسخ هستند خود را در یک مارپیچ ناامیدی

می یابند و چون نمی توانند ذهن خود را باز یابند و در بحران راه خود را پیدا کنند درجا می زند (فرانکل، ۱۹۶۳).

زندگی توأم با بیماری یا آسیب دیدگی شدید غیرقابل پیش بینی و نامطلوب است. این نوع زندگی پر از خطرهایی است که متوجه خودانگاره شخص است و همچنین به عزت نفس، احساس آزادی، فعالیتهای روزمره، راحتی جسمی و زندگی آینده وی لطمه می زند. بیماری لاعلاج پیامدهای مختلفی را برجا می گذارد؛ از جمله: انکار، خشم، افسردگی، عدم اطمینان و تنهایی (نصری و همکاران، ۱۳۸۰).

در هر دوره از تاریخ، در هر فرهنگ و تمدنی در همه طبقات اجتماعی افرادی وجود داشته اند که از نظر فعالیت اجتماعی، پایین تر از حد طبیعی بوده اند و این امر سازگاری آنها را با محیط زندگی شان مشکل ساخته است (نیسی، ۱۳۷۷).

تشخیص بیماری تالاسمی مانند هر بیماری مزمن و محدود کننده دیگر تأثیر نامطلوب بر سلامت روانی بیمار و خانواده او خواهد داشت. به همین دلیل، شناخت پیامدهای روانپزشکی و برخورد صحیح با آنها می تواند در بازگرداندن تعادل به خانواده کمک کند.

ریشه کلمه تالاسمی از دو واژه یونانی است . کلمه تالاسا *Thalassa* به معنی دریا و امی *Emia* به معنی خون است و به آن کم خونی مدیترانه ای یا کم خونی کولی نیز می گویند. این بیماری در سال ۱۹۲۵ بوسیله کولی دانشمند آمریکایی شناخته شد و معرفی گردید. بیماری تالاسمی یک کم خونی همولیتیک مادرزادی مزمن است و در کشورهای نواحی دریای مدیترانه نظیر ایتالیا، یونان، قبرس، لبنان و ایران شایع است.

انواع بالینی مختلف بیماری بتا تالاسمی که تا کنون شناخته شده اند عبارتند از:

- تالاسمی مینیمال^۱: (ناقل خاموش)، علائم بالینی و آزمایشگاهی ندارد، شناسایی آنان از افراد سالم مشکل است.
- تالاسمی مینور^۲: ناقل واضح، علائم بالینی واضح در غالب موارد ندارد با آزمایش خون شناخته و هویدا می شود.

1- Minima.

2- Minor.

• تالاسمی انترمیدیا^۱: علائم بالینی و آزمایشگاهی دارد اما علائم بالینی بسیار متنوع و متغیر هستند و از بدون علامت تا بیماری شدید وابسته به تزریق خون است. معمولاً از سن ۱ تا ۴ سالگی به بعد ظاهر می‌شود از یک بیمار تا بیمار دیگر متفاوت است، بیشتر این بیماران دارای رشد و بلوغ هستند، ازدواج می‌کنند و تولید مثل طبیعی دارند.

• تالاسمی ماژور^۲: بیماری شدیدی است، علائم بالینی آن خیلی زودرس است از سن ۶-۳ ماهگی ظاهر می‌شوند و چنانچه بیمار روی خونگیری منظم قرار نگیرد امکان بقاء و زنده ماندن او بسیار اندک است.

در حال حاضر برابر آمارهای منتشر شده بیش از ۱۵ هزار تالاسمی شناخته شده در مملکت وجود دارد که قاعدتاً با رشد فعلی جمعیت مسلماً این گروه نیز افزایش خواهند یافت. این آمار در اهواز ۲۲۰۰ نفر می‌باشد. (رحمانی، ۱۳۸۷).

سلامت عمومی به نحوه تفکر و احساس و عمل ما مربوط می‌شود. وقتی از سلامت عمومی خوبی برخوردار باشید، انتظار بهترین چیزها را در زندگی دارید و نیز برای رویارویی با هر حادثه ای آمادگی دارید. به طور کلی، مردمی که سلامت عمومی خوبی دارند نگرش مثبت دارند و آماده برخورد با مشکلات زندگی اند. در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند، در محیط کار و فعالیتشان و در روابطشان مسئولیت پذیرند (زمانپور، ۱۳۸۵).

شواهد حاکی از این است که حالت‌های روانشناختی موجب تغییرات ایمنی و بیماری در انسان‌ها می‌شوند. در همین رابطه رشته‌های جدیدی به عنوان ایمن‌شناسی روانی^۳ به وجود آمده است که رویدادهای روانشناختی و ایمن‌شناسی را به یکدیگر پیوند می‌دهد. این رشته مکانیزم‌های درگیر در فرایندهایی که یک تنش شروع و به بیماری یا مرگ ختم می‌شوند را بررسی می‌کند.

1 - In termedia

2- Major.

3 - Psychoimmunology

با توجه به این مطلب که حالات روانشناختی و فشارهای روانی می توانند بر بیماری های جسمی تأثیر بگذارد و رشد آن را تسریع نمایند. مشاوره و روشهای روان درمانی متفاوتی برای تسکین آلام روانی این بیماران در چند سال اخیر متداول گردیده است. یکی از این روش های روان درمانی، معنا درمانی است.

سرآغاز معنا درمانی یا مکتب سوم روان درمانی وین، عنوانی که اولین بار ولفگانگ سوسک^۱ به آن داد، به روشنی ریشه در کودکی فرانکل دارد. هنگامی که در چهارسالگی شبی با خود فکر می کرد که او بالاخره خواهد مرد و به این مهم پی برد که مرگ به زندگی معنا می بخشد. یا در ۱۷ سالگی که در کارگاه فلسفی که توسط ادگار زیلسل در مدرسه تربیت بزرگسالان برگزار شده بود در مورد معنای زندگی سخنرانی کرد عنوان مقاله ی او، معنای زندگی^۲ بود. یا آن زمان که معلم علوم دبیرستانش پس از توصیف زندگی، در نهایت نتیجه گرفت که زندگی چیزی جز فرآیند اُکسیداسیون نیست. فرانکل پس از شنیدن این استنتاج ناگهان از جا پرید و با هیجان پرسید ((اگر این طور باشد تکلیف معنای زندگی چه می شود؟))

با این وجود، نخستین طلیعه معنا درمانی به سال ۱۹۲۶ و سخنرانی فرانکل در کنگره ی بین المللی روانشناسی فردی برمی گردد. (فرانکل، ۱۹۶۷؛ محمدپور، ۱۳۸۴). فرانکل معتقد است که افراد ناامید، افسرده و بی قرار و آنهایی که احساس تنهایی می کنند، غالباً از بی معنایی و پوچی زندگی شکایت دارند. در زندگی هیچ چیز آنها را به خود پای بند نمی سازد و برایشان ارزشی ندارد (رحیمیان، ۱۳۷۷).

طبق نظر شنایدرز^۳، ناامیدی حالت تکان دهنده ای است که با احساس از ناممکن بودن امور، احساس ناتوانی و بی علاقهگی به زندگی آشکار می شود. فرد در اثر ناامیدی به شدت غیرفعال شده و نمی تواند موقعیت مختلف خود را بسنجد و تصمیم بگیرد(اسلامی نسب، ۱۳۷۳).

1 - Wolfgang sosek

2 - the meaning of life

3 - Schneiders

معنا درمانی با در نظر گرفتن گذرابی هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تلاش و فعالیت فرا می‌خواند و بیان می‌دارد که آنچه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرشت نامطلوبشان نیست بلکه بی‌معنا شدن زندگی است که مصیبت بار است. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می‌تواند حتی معنی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد. فرانکل می‌گوید در دنیا چیزی وجود ندارد که به انسان بیشتر از یافتن ((معنی)) وجودی خود در زندگی یاری کند. در این گفته نیچه^۱ حکمتی عظیم نهفته است که ((کسی که چرایی زندگی را یافته است با هر چگونگی خواهد ساخت.)) در این جمله باید به صورت شعاری در درمان بیماری‌های روانی مورد نظر قرار بگیرد (فرانکل، ۱۹۶۳؛ ترجمه صالحیان و میلانی، ۱۳۸۵).

خانواده یک نظام اجتماعی است و فرزند معلول یکی از اعضای این نظام. این دو نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای این نظام یعنی والدین و دیگر فرزندان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد که این تأثیرات غالباً منفی است. وجود کودک معلول ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر بهداشت روانی خانواده وارد می‌کند، مادر و پدر از داشتن چنین فرزندی به شدت رنج می‌برند، اکثریت این گروه به نحوی دچار حالاتی چون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، خجالت، آرزوی مرگ و نظایر آن می‌باشند. با نزدیک شدن کودک به دوران نوجوانی مشکلات تازه‌ای به وجود خواهد آمد که توجه و مراقبت‌های ویژه خود را می‌طلبد. دوران نوجوانی معمولاً با آشفتگی‌های هیجانی همراه است و بدون شک برای کودکی که از این اختلال مزمن رنج می‌برد متفاوت خواهد بود. رشد جسمی کودکان مبتلا به بیماری تالاسمی کمتر از همسالان آنهاست که احساساتی از قبیل حقارت، متفاوت بودن و یا نداشتن شایستگی انجام کارهای مربوط به آن سن را به وجود می‌آورد. نگرانی از مرگ زودرس و یا این اندیشه که زندگی آنها سیری متفاوت از دیگران دارد باعث گوشه‌گیری و افسردگی آنها می‌شود (حق شناس و زمانی، ۱۳۷۶).

لاکی^۱ (۱۹۸۲، نقل از کیامرثی، ۱۳۷۷) پیشنهاد می کند که افرادی که تفسیرهای بدبینانه ای از زندگی دارند در معرض مخاطرات بهداشتی هستند زیرا سیستم دفاعی بدن آنها عملکرد مطلوبی ندارد. با توجه به مطلب بیان شده ضرورت دارد تا تدابیری برای کمک به بیماران تالاسمی به منظور کاهش مشکلات روحی و روانی ناشی از آن و افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی آنان اندیشه شود.

بلر^۲ (۲۰۰۴) در یک پژوهشی از معنا درمانی برای کمک به بیماران نوجوان مبتلا به افسردگی استفاده کرد. او با کمک معنا درمانی به درمان جویان کمک کرد تا معنایابی را شروع و در طول زمان حفظ نمایند. و نتایج این تحقیق امیدوار کننده بود.

شولنبرگ^۳ (۲۰۰۳) تمرین رشته کوه (MRE)^۴ را به منظور تسهیل فرآیند معنا درمان بخش در نوجوان های مذکر مبتلا به عقب ماندگی ذهنی متوسط - ناتوانی های تحولی و مسائل رفتار جنسی به کار برده MRE به شکل گروهی اجراء می شد و نتایج خوبی را در برداشته است. کاربرد MRE در بازنشستگان و بیماران سرپایی روان پزشکی نیز مؤثر بوده است.

پژوهشی که در کره توسط کانگ کیونگ و همکاران^۵ (۲۰۰۴) بیمارستان آموزشی در کره در مورد اثر بخشی آموزش معنادرمانی در نوجوانان سرطانی انجام گرفت. هدف از این تحقیق معنا بخشیدن به زندگی بیماران سرطانی و درجه بندی خوب بودن روحیه آنها و کاهش رنج آنها بود. این تحقیق شامل نمونه ای از ۲۹ نوجوان سرطانی بود. گروه آزمایش در این تحقیق ۱۷ نفر بودند که در برنامه آموزشی معنا درمانی شرکت داشتند که تشکیل جلسات آنها به تعداد ۵ جلسه در هفته بود و گروه کنترل که ۱۲ نفر از اعضا بودند مراقبت های معمولی پرستاری را دریافت

1 - Lucy

2 - Blair, R.G

3 - Schulenberg, S.E.

4 - Mountain Range Exercise(MRE).

5 - Kang , K; & etal

می‌نمودند و نتیجه تحقیق نشان داد که معنا درمانی بر روی کاهش رنج و افزایش معنا بخشی به زندگی در بین نوجوانان سرطانی اثر بخش است.

پژوهشی که توسط کیو و سوهو (۲۰۰۴) در کره توسط سازمان پرستاری کالج علمی آندونگ از شهر آندونگ کره با هدف مطالعه اثر بخشی معنا درمانی و ورزش بر افزایش معنا بخشی زندگی و عزت نفس و IADL (فعالیت های ابزاری زندگی) بر روی افراد سالمند (سنین ۶۵ تا ۷۵ سال) به صورت نیمه آزمایشی انجام شد. تعداد افراد نمونه ۵۱ نفر بود که به دو گروه ۲۵ نفری (آزمایش) و ۲۶ نفری (کنترل) تصمیم شده بود و برنامه آموزشی آنها در ۵ هفته انجام شد. نتایج بدست آمده در این تحقیق بدین صورت بود که بین گروه آزمایش و کنترل در اثر معنا بخشی زندگی، عزت نفس و IADL'S تفاوت معنادار مشاهده شد و بدین صورت معنادرمانی با ورزش با وجود مراقبت های پرستاری برای افراد مسن توصیه می شود.

هاچیسون و چپمن^۲ (۲۰۰۵) REBT یا درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری الیس را با معنادرمانی ارتقاء بخشیدند. در این پژوهش با التقاط، فرد پیشرفت و شادمانی اش را از رهگذر کشف معنا و توسط منطق افزایش می دهد. بدین ترتیب شخص در تجارب مثبت زندگی مشارکت می کند و مسئولیت برای تغییر را بیشتر می پذیرد.

لنتز^۳ (۱۹۹۸) پژوهشی را در خصوص مراجعان موردی انجام داد و در این خصوص کاربرد بازتاب رویا را به منظور تسهیل فرآیند معنادرمان بخش را با گزارش های موردی سودمند دانست.

مرور پیشینه پژوهش نشان می دهد که شواهد تحقیقاتی مختلف از اثر بخشی آموزش معنا درمانی بر افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی نمونه های مختلف را نشان می دهد با این حال امروزه مشکلات زیادی در خصوص امید به زندگی و سلامت عمومی

1 - Instrumental Activities of Daily Living

2 -Hatchinson, J. T ; Chapman, B.P.

3 -Lantz,J

بیماران خاص دیده می شود. آموزش معنا درمانی سعی در کم کردن مشکلات بیماران خاص از جمله نمونه این تحقیق (تالاسمی ماژور) را دارد. بنابراین در این تحقیق این سوال کلی پیش می آید که آیا معنا درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران تالاسمی ماژور اثر بخش می باشد؟

بنابراین، فرضیه های اساسی این پژوهش عبارتند از:

- معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران دختر نوجوان تالاسمی ماژور تاثیر دارد.
- معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش سلامت عمومی بیماران دختر نوجوان تالاسمی ماژور تاثیر دارد.

روش پژوهش

در این پژوهش از روش تحقیق تجربی طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری استفاده شده است. گروه های آزمایش و کنترل به روش تصادفی معادل شدند و قبل از اعمال مداخله های تجربی در مورد گروه های آزمایش و کنترل، پیش آزمونی در باره آنها اجرا شد و پس آزمونی نیز در پایان مداخله اجرا گردید. و در مرحله بعد پس از یک ماه آزمون پیگیری جهت سنجش ماندگاری آموزش های داده شده اجرا گردید.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دختر ۱۵ تا ۱۸ سال مبتلا به تالاسمی ماژور بیمارستان ابوذر اهواز بودند که در بهار سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۴۶ نفر (۲۳ نفر گروه آزمایش و ۲۳ نفر گروه کنترل) از افرادی است که پایین ترین نمره در سلامت عمومی GHQ۲۸ که نمره ۶ میباشد و پایین ترین نمره در آزمون امید به زندگی که یک انحراف معیار زیر میانگین می باشد کسب کردند که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده گردید.

ابتدا به منظور جمع آوری داده‌ها با گرفتن معرفی نامه از واحد علوم و تحقیقات اهواز به بیمارستان ابوذر اهواز مراجعه و ضمن هماهنگی با رئیس انجمن تالاسمی اهواز آمار بیماران تالاسمی که در آنجا دارای پرونده پزشکی بودند در اختیار پژوهشگر قرار داده شد. تعداد کل بیماران در اردیبهشت ۱۳۸۸، ۱۱۰ نفر بودند و چون تحقیق حاضر شرایط سنی و جنسیتی داشت، لذا بیماران دختری که دارای سن ۱۵-۱۸ سال بودند بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند که تعداد آنها ۴۶ نفر بود. این تعداد به صورت تصادفی ساده به دو گروه ۲۳ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند سپس به گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته در هر هفته و طبق شرح جلسات آموزش معنا درمانی داده شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع آوری داده‌ها و اندازه‌گیری دو متغیر امید به زندگی و سلامت عمومی از آزمون امید به زندگی میلر و سلامت عمومی GHQ ۲۸ استفاده شده است.

۱. آزمون امید به زندگی میلر:

از نوع آزمون تشخیصی بوده و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است جملاتی بدین شرح نوشته شده‌اند (بسیار مخالف=۱، مخالف=۲، بی تفاوت=۳، موافق=۴، بسیار موافق=۵) هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند امتیاز کسب می‌کند. ارزشهای نمره‌ای هر جنبه از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند. جمع امتیاز کسب شده مبین امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر می‌باشد و چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب کند کاملاً درمانده تلقی می‌شود. و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. ۱۲ جمله از پرسشنامه میلر از ماده‌های منفی

تشکیل شده که این شماره‌ها عبارتند از: ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۸، ۳۹، ۲۷، ۲۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۵ در ارزشیابی و نمره‌گذاری، این شماره‌ها برعکس نمره می‌گیرند.

اعتبار پرسشنامه امید به زندگی میلر

حسینی (۱۳۸۵) برای تعیین روایی این پرسشنامه، از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. ($r=0/61$ و $P<0/0001$). و برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به این ترتیب ضرایب آن برابر با $0/90$ و $0/89$ می‌باشد. در تحقیق حسینیان (۱۳۸۶) نیز برای تعیین پایایی پرسشنامه مذکور از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده که ضرایب به دست آمده به ترتیب برای کل آزمون‌های $0/69$ و $0/65$ می‌باشد که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسشنامه یاد شده می‌باشد. برای محاسبه روایی پرسشنامه نیز، نمره کل پرسشنامه را با نمره سؤال ملاک که به طور همزمان از آزمون‌ها پرسیده شد، همبسته گردید و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. ($r=0/50$ و $P<0/002$).

پایایی پرسشنامه امید به زندگی میلر

در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه امید به زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب $0/95$ و $0/94$ می‌باشد که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است. برای محاسبه اعتبار پرسشنامه نیز، نمره کل پرسشنامه را با نمره سؤال ملاک که به طور همزمان توسط آزمودنی‌ها کسب شده، همبسته گردیده و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. ($r=0/52$ و $p=0/0001$).

۲. پرسشنامه سلامت عمومی

توسط گلدبرگ ابداع شد و هدف آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف بوده است. این آزمون توسط یعقوبی و بالاهانگ (۱۳۷۴) و تحت نظارت دکتر براهنی ترجمه شد. سؤالهای پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد می‌پردازد شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد. به همین جهت سؤال‌ها بر موقعیت اینجا و اکنون تاثیر دارد.

در انتخاب سؤال‌های ۲۸ GHQ از پرسشنامه GMI و MMPI و مقیاس اضطراب آشکار تایلور و سیاهه شخصیت-مازلی-آیرننگ استفاده شده است. پرسشنامه با سؤال‌های جسمانی شروع می‌شود و هر چه که به جلو می‌رویم روانپزشکی سؤال‌های بیشتر می‌شود و پرسشنامه سلامت عمومی از دیدگاه هندرسون^۱ (۱۹۷۹) شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تایید شگرفی در پیشرفت‌های پژوهشی داشته است و به صورت فرم‌های ۱۶، ۲۸، ۳۰، ۶۰ سؤالی وجود دارد.

در پی تحلیل عوامل بر روی فرم ۶۰ سؤالی، پرسشنامه ۲۸ سؤالی آزمون ساخته شده است (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹). پرسشنامه ۲۸ سؤالی GHQ به صورت ۴ گزینه‌ای می‌باشد که پاسخها به صورت خیلی کمتر از همیشه، کمتر از همیشه، مثل همیشه، بیشتر از همیشه می‌باشد (البته این نظم در بعضی سؤالها به هم می‌خورد). لازم به ذکر است که با استناد به پژوهش‌های پیشین، هر یک از ابزارهای فوق از روایی مطلوبی برخوردار بوده است و پایایی آنها با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شده‌اند. جونگ و اسپرز^۲ (۱۹۹۴) ضریب پایایی کلی این پرسشنامه را ۰/۵۵ گزارش کرده‌اند. علاوه بر این ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ می‌باشد. شریفی (۱۳۸۱)، ضریب اعتبار پرسشنامه را از طریق همبسته کردن نمرات این آزمون با دو آزمون افسردگی بک (BDI) و اضطراب (ANQ) محاسبه گردید. ضرایب اعتبار محاسبه شده به ترتیب برابر است با ۰/۲۱ که در سطح ۰/۰۰۴ و ۰/۲۵ که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار

1 -Henderson

2- Spertz

است. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۷ می باشد که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه مذکور است.

یافته‌ها

با توجه به اینکه نوع روش تحقیق بر مبنای پژوهش آزمایشی از نوع طرح های پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری است، برای تجزیه و تحلیل داده ها و آزمون فرضیه های پژوهش از تحلیل واریانس (مانکوا) استفاده شد. شاخص های توصیفی مربوط به نمره های آزمودنی ها در دو متغیر امید به زندگی و سلامت عمومی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری هر دو گروه در جدولهای ۱ و ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی نمره های آزمودنی های گروه آزمایش، کنترل و پیگیری در متغیر امید به زندگی براساس آزمون امید به زندگی میلر

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش آزمون	آزمایش	۱۷۹/۲۲	۳۷/۱۹	۲۳	
	کنترل	۱۸۲/۷۸	۲۵/۴۷	۲۳	
پس آزمون	آزمایش	۲۰۰/۲۶	۳۰/۳۳	۲۳	
	کنترل	۱۸۳/۷۸	۲۴/۶۴	۲۳	
پیگیری	آزمایش	۱۹۸/۹۶	۳۰/۴۲	۲۳	
	کنترل	۱۸۳/۷۰	۲۴/۷۹	۲۳	

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش، کنترل و پیگیری در متغیر سلامت عمومی براساس آزمون سلامت عمومی GHQ-۲۸ گلدبرگ

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	نمونه
پیش آزمون	آزمایش		۲۹/۴۸	۱۴/۵۹	۲۳
	کنترل		۲۴/۶۱	۱۱/۷۳	۲۳
پس آزمون	آزمایش		۱۸/۶۵	۶/۷۳	۲۳
	کنترل		۲۳/۴۸	۱۱/۰۵	۲۳
پیگیری	آزمایش		۱۹/۳۰	۶/۲۴	۲۳
	کنترل		۲۳/۴۳	۱۰/۹۶	۲۳

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیر (مانکوا)

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	معنی داری (p)	سطح
آزمون اثر پیلائی	۰/۸۳۶	۲	۴۱	۱۰۴/۶۰	۰/۰۰۰۱	
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۶۴	۲	۴۱	۱۰۴/۶۰	۰/۰۰۰۱	
آزمون اثر هتلینگ	۵/۱۰	۲	۴۱	۱۰۴/۶۰	۰/۰۰۰۱	
آزمون بزرگترین ریشه روی	۵/۱۰	۲	۴۱	۱۰۴/۶۰	۰/۰۰۰۱	

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین بیماران دختر مبتلا به تالاسمی ماژور گروه های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (امید به زندگی و سلامت عمومی) تفاوت معنی داری وجود دارد، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا، در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p
امید به زندگی	پیش آزمون	۱۵۲۴۸/۸۰	۱	۱۵۲۴۸/۸۰	۷۵۹/۲۹	۰/۰۰۰۱
	گروه	۴۲۶۳/۳۷	۱	۴۲۶۳/۳۷	۲۱۲/۲۸	۰/۰۰۰۱
	خطا	۸۴۳/۴۸	۴۲	۲۰/۰۸		
سلامت عمومی	پیش آزمون	۱۵۶۶/۰۲	۱	۱۵۶۶/۰۲	۹۷/۱۸	۰/۰۰۰۱
	گروه	۶۹۱/۰۲	۱	۶۹۱/۰۲	۴۲/۸۸	۰/۰۰۰۱
	خطا	۶۷۶/۸۰	۴۲	۱۶/۱۱		

همان طوری که در جدول ۴ ملاحظه می شود با کنترل پیش آزمون بین بیماران دختر مبتلا به تالاسمی ماژور گروه های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ امید به زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F(1, 212/28) = 212/28$ و $p < 0/0001$)، بنابراین فرضیه اول تأیید می گردد. به عبارت دیگر، ارائه معنا درمانی به شیوه گروهی با توجه به میانگین امید به زندگی بیماران گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین بیماران گروه کنترل، موجب افزایش امید به زندگی گروه آزمایش شده است.

همچنین با کنترل پیش آزمون بین بیماران دختر مبتلا به تالاسمی ماژور گروه های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سلامت عمومی تفاوت معنی داری مشاهده می

شود (۴۲/۸۸) $F(1, 100) < 0.001$, p), بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، ارائه معنا درمانی به شیوه گروهی با توجه به میانگین سلامت عمومی بیماران گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین بیماران گروه کنترل، موجب کاهش مشکلات سلامت عمومی و در نتیجه افزایش سلامت عمومی گروه آزمایش شده است. لازم به توضیح است نمره بالا در مقیاس سلامت عمومی بیانگر مشکلات سلامت عمومی می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که بین عملکرد افراد دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری در متغیر وابسته (امید به زندگی و سلامت عمومی، تفاوت معنا داری وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش معنا درمانی در افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر ۱۸-۱۵ سال تالاسمی ماژور اثر بخش بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیق شاه محمدی (۱۳۷۷) همخوانی دارد. شاه محمدی پژوهشی را به عنوان مقایسه میزان مثبت نگری در معنای زندگی، ویژگی‌های عزت نفس خانواده و عزت نفس بین دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و افراد عادی انجام داد. نتایج نشان داد که میزان مثبت نگری در معنای زندگی افراد عادی بیش از افرادی است که اقدام به خودکشی کرده‌اند. و نیز نتایج نشان داد که میزان این پژوهش با تحقیق حسینیان (۱۳۸۶) همخوانی دارد.

حسینیان پژوهشی را با عنوان بررسی اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بیمارستان شفا شهر اهواز مورد بررسی قرار داد نتایج حاصله از این پژوهش حاکی از این امر است که آموزش معنا درمانی باعث افزایش امید به زندگی در بیماران سرطانی می‌شود.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان عنوان کرد که انسان واکنش خود را در برابر رنج‌ها و سختی‌های ناخواسته ولی پیش‌آمده و شرایط و محیطی، خود انتخاب می‌کند و هیچ‌کس را جزء «خود» او یارای آن نیست که این حق را از او باز

بستاند. آنچه انسان را از پای در می آورد، رنج ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست بلکه بی معنایی شدن زندگی است که مصیبت بار است و معنا تنها در لذت و شادمانی و خوشی نیست، بلکه در رنج و مرگ هم می توان معنایی یافت. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین دام، زندگی معنی خواهد داشت. پس می توان گفت معنای زندگی امری مشروط نیست. زیرا معنای زندگی می تواند حتی بالقوه درد و رنج را نیز در بر گیرد. (فرانکل، ۱۹۶۳، ترجمه صالحیان و میلانی، ۱۳۸۵).

نتیجه این تحقیق بیانگر این است که فرجام پذیری و گذرا بودن نه تنها از ویژگی های اصلی زندگی انسان است، بلکه عامل واقعی با معنا بودن آن نیز به شمار می رود و معنای هستی انسان بر پایه ماهیت برگشت ناپذیری آن استوار است. زندگی به ماتجربیات با ارزشی ارائه می دهد تجربیاتی که می توان گفت هدایای زندگی است. مثلاً وجود زیبایی هایی چون طلوع و غروب آفتاب، کوهها و دریاها، گل ها و درختها همه اینها هدایایی است که ما بدون پرداخت پول و هزینه از زندگی و اطرافیان می گیریم. افراد نمونه این تحقیق به این مسئله پی بردند که نیستی و مرگ آخر زندگی به شمار نمی رود بلکه در زندگی کنونی خود می توانند از امکانات اطرافشان و از در کنار هم بودنشان لذت ببرند و با توجه به آموزشی که به آنها داده شد به این آگاهی رسیدند که اگرچه نمی توانند حوادث قطعی زندگی شان را تغییر دهند، اما می توانند یاد بگیرند تا روش مقابله با سختی های زندگی شان را تغییر دهند و در مقابل رویدادهای رنج آور زندگی شان واکنش نشان دهند. در نتیجه وقتی ما معنی زندگی را در تجربیات و وقایع زندگیمان پیدا کنیم. می توانیم احساس نگرانی را کنترل کنیم و به زندگی خود معنا و امید را هدیه بدهیم.

نگرش فرانکل به سلامت روان تأکید عمده بر اراده معطوف به معنا می کند. در نظام فکری تنها یک انگیزش بنیادی وجود دارد: اراده معطوف به معنا چنان نیرومند است که می تواند همه انگیزش های انسانی دیگر را تحت الشعاع قرار دهد. اراده معطوف به معنا برای سلامت روان حیاتی است و در اوضاع و شرایط حاد برای حداقل بقا ضروری است.

شخصیت‌های سالم به آینده می‌نگرند و به هدف‌ها و وظایف آنها توجه می‌کنند. فرانکل می‌نویسد: ((این ویژگی انسان است که تنها با نگرش به آینده می‌تواند زندگی کند.)) (دوان شولتس، ۱۹۷۷؛ خوشدل، ۱۳۸۲).

در پایان این نتیجه کلی استنباط می‌شود: که افراد نمونه با آموزش روش معنادرمانی توانستند خوش‌بینی و معنا را در درون خود کشف کنند و امید، انگیزه و سلامت روان آنها افزایش یابد و در برخورد با چالش‌ها به طور مسئولانه عمل نمایند. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت یافته‌های این تحقیق با تحقیقات شاه محمدی، ۱۳۷۷؛ حسینیان، ۱۳۸۶؛ حسینی، ۱۳۸۵؛ علوی و همکارانش، ۱۳۸۳؛ ۱۹۶۵؛ بلر، ۲۰۰۴؛ لنتز^۱، ۱۹۹۸؛ هاجینسون و چپمن^۲، ۲۰۰۵؛ شولنبرگ، ۲۰۰۳؛ کانگ کیونگ^۳، ۲۰۰۴؛ سوزان ماری^۴، ۱۹۹۹ و کیوری و سوهو میان در سازمان پرستاری کالج علمی آندونگ، ۲۰۰۴، تسیانتس^۵ نقل از نیسی، ۱۳۷۷؛ ایونز و کانیز^۶، ۱۹۹۵؛ مورجانی^۷، ۲۰۰۶؛ پاکباز و همکارانش، ۲۰۰۵ و تسیانتس، ۱۹۹۶ همخوانی دارد.

در راستای این پژوهش می‌توان گفت که آموزش معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی ماژور شهر اهواز اثر بخش می‌باشد.

1 . Lantz, J.

2 . Hatcshinson, J.T; Chapman, B.P.

3 . Kang , K; Im, J. I; Kim, H. S; Kim, SH.J ; Song, M. K & Sim, S, Y.

4. Susexy, marray .

5 . Tsiantis.

6 .Evans, R.L; Connis, R.T.

7 . Moorjany.

منابع

- اسلامی نسب، علی. (۱۳۷۳). *روانشناسی اعتماد به نفس*. تهران: انتشارات مهرداد.
- حق شناس، منصور و زمانی؛ جلال. (۱۳۷۶). *تالاسمی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم و پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس*. تهران: انتشارات کوشا مهر، چاپ اول.
- حسینیان، الهه. (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بیمارستان شفا شهر اهواز. *پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره*. دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات.
- رحیمیان، حوریه بانو. (۱۳۸۷). *نظریه ها و روشهای مشاوره و روان درمانی*. تهران: انتشارات مهرداد.
- رحمانی، حمیرا. (۱۳۸۷). مقایسه فشار روانی، اضطراب و مسئولیت پذیری در مادران کودکان تالاسمی و مادران عادی شهر اهواز. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی*. دانشگاه آزاد اهواز.
- حسینی، سیده مونس. (۱۳۸۵). رابطه امید به زندگی و سرسختی روان شناختی در دانشجویان (دختر و پسر). *پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناختی*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران.
- زمانپور، آذر. (۱۳۸۵). بررسی رابطه ابزار وجود با سلامت عمومی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر اهواز. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی*. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- شاه محمدی، سکینه. (۱۳۷۷). مقایسه میزان مثبت نگری در معنای زندگی، ویژگی های خانوادگی و عزت نفس بین دو گروه افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد عادی (دختران ۱۵ تا ۲۵ ساله شهر تهران). *پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره*. دانشگاه علامه طباطبایی.
- علوی اعظم؛ ندا، پروین؛ حاجی زاده، شایسته. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی از دیدگاه والدین آنها. *پایان نامه کارشناسی پرستاری*. دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد شهرکرد.
- فرانکل، ویکتور. (۱۹۶۳). *انسان در جستجوی معنا*. ترجمه نهضت صالحیان و مهین میلانی. (۱۳۸۵). تهران: انتشارات درسا.

فرانکل، ویکتور. (۱۹۷۵). *خدا در ناخودآگاه*. ترجمه ابراهیم یزدی (۱۳۷۵). مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.

نصری، صادق، براهنی، محمدتقی و کیهانی، منوچهر. (۱۳۸۰). بررسی اثر بخشی مداخلات شناختی رفتاری بر کاهش اثرات جانبی روان شناختی در بیماران سرطانی و بهبود شیوه های مقابله با آنها. *مجله پژوهشی‌های روانشناختی*. دوره ۶، شماره ۳.

نیسی، خیریه. (۱۳۷۷). بررسی افسردگی، عملکرد تحصیلی و برخی ویژگی‌های فردی و اجتماعی دانش‌آموزان دختر و پسر دوررهنمایی مبتلا به تالاسمی ماژور و مقایسه آنها با گروه گواه. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی*. دانشگاه چمران

محمدپور یزدی، احمدرضا. (۱۳۸۴). *ویکتورامیل فرانکل بنیانگذار معنا درمانی*. تهران: دانژه.

کیامرثی، آذر. (۱۳۷۷). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان شناختی و بررسی رابطه آن با تیپ شخصیتی الف، کانون مهار، عزت نفس، شکایات جسمانی، عملکرد تحصیلی، در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. *پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی*. دانشگاه آزاد اهواز.

Blair, R.G. (2004). Heloing older adolescents search for meaning in depression *Journal of mental Health counseling*. Vol:26.oct .pages:333-347.

Psychopathology in children from families with blood disorders. *Jornal Child Adolesc psychiatry* , Vo1(4), 1S1-61.

Evans, R.L. & Connis, R.T. (1995). Comparisons between groups with depressed cancer patienis receiving radiation treatment, medical cancer settle. USA.

Frankl , V. (1963). *Mans search for meaning-* New York: Washington Square prees.

Hutchinson, G.T. & Chapman, B.P. (2005). logotherapy- Enhanced REBT: an integration of discovery and reason. *Journal of contemporary psychotherapy* .Vol: 35-Jul . pages:145-150.

- Kang, Kyung- Ah, Im. Jae- Im. Kim. Hee. Su, kim shin- Jeong- song, Mi-kyung sin, songyong(2004). The Effect of logotherapy on the Suffering, Finding Meaning, and spiritual well- being of Adolescents with Terminal cancer
- Kyo, R. ; Suhhoo M. (2004). Department of Nursing , Andong science college, 496. Andony, City, Kyangbuk. 760-709 koe.
- Khu rana A, Katyal S, Marwaha ,R.K.(2006).Psychosocial buvdn in Talassemia. *Journal Pediatr*, VOL(10),8777-80.
- Lantz, J. (1998).Dream reflection in logotherapy. Facilitating the psychotherapeutic process and case studies . available online at: <http://www.springer link. Com/opp/home/contribution>.
- Moorjany, Y.D, Issac c.(2006). Neurotic Man festation in ado lescents with Thalassemia Major. *Journal pediotr*, vol(7), 603-7.
- Pakbaz,Z. , Fischer, R.; Tredwell, M.; Yamshita, R.; Fung, E.B;Calvell; L. ; Quirolo,
- K.; Foote, D.; Harmatz, P. & Vichingsky, E.P.(2005). children's Hospital & Research center at oaklanel,747 52ad st. okland ,CA 94 609,VSA.
- Schulenberg. S.E.(2003).Use of logotherapy's mountain rangeexercise with male adolescents with mental retardation- developmental disabilities and sexual behavior problems. *Journal of contemporary psychotherapy*, vol:33,No.3,Fall.pages:219-234.
- Susan, M. (1999). Therapeutic Recreation. *Journal First Quarter* .
- Tsiantis, J. & .(1996).Aghia Sophia children's Hospital, Department of psychological pediatrics , Athens/ Greece. Dec; 5(4) : 193-203.