



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
ERIKSSONSTRASSE 1
D-35115 KASSEL
University of Applied Sciences
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

بررسی اثربخشی مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس

فاطمه نصرآزادانی^۱ _ دکتر یوسف گرجی^۲ _ دکتر وحید شایگان نژاد^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس شهر اصفهان می‌باشد. این پژوهش از جمله پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است و نمونه‌گیری آن به روش تصادفی انجام گرفته شده است. به این منظور تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به ام‌اس، از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک ام‌اس بیمارستان کاشانی به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. کلیه بیماران قبل از شرکت در جلسات مشاوره، نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمودند. در این پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس (MSQOL-۵۴) به عنوان ابزار سنجش استفاده گردید. اعضای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه مشاوره گروهی ۲ ساعته شرکت کردند. بعد از اعمال مداخلات درمانی، اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً توسط همان پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده گردیده شد. نتایج نشان داد که، مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر بهبود و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است ($P < 0/001$).

همچنین این رویکرد بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی اعم از: عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، انرژی و شادابی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، سلامت عمومی، نگرانی در خصوص سلامتی، عملکرد ذهنی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی تأثیر داشته است ($P < 0/001$).

واژه‌های کلیدی: معنادرمانی، بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس)، کیفیت زندگی

^۱ - نشانی نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر (اصفهان): Fateme.Nasrazadani@iaukhsh.ac.ir

^۲ . استاد دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر

^۳ . دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، متخصص مغز و اعصاب

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effect of group Rehabilitation Counseling with logotherapy approach on the increase of quality of life of patients with multiple sclerosis in Isfahan during ۲۰۱۲.

The research was semi- experimental type of pre-test and post-test with control group, in which random sampling was applied. In order to, ۳۰ patients with multiple sclerosis, of patients referring to M.S center of Kashani hospital were randomly selected put into experimental and control groups. All patients before participating in counseling sessions, fill out questionnaire. Multiple sclerosis quality of life questionnaire (MSQOL-۵۴) was used as measuring instruments. The experimental group took part in ۱۰ session of two hours group consultations. After intervention, members of both group (experimental and control) were evaluated again by the same questionnaire. In order to analyze the data, Analysis of covariance were applied. The result proved that group consultations with logotherapy approach has had a significant effect on quality of life of patient with multiple sclerosis ($p < 0.001$).

Moreover, this approach improved components quality of life including : Physical performance, Role limitation due to physical, Role limitation due to emotional, Energy and Exhilaration, Mental health, Social performance, Physical pain, General health, Concerns about health, mental performance, sexual performance, life satisfaction ($p < 0.001$).

Key words: Logotherapy, Multiple sclerosis, Quality of life

مقدمه

بیماریهای مزمن در همه دوره های زندگی تأثیر گذار است. به طوری که نه تنها سالمندان بلکه افراد خیلی جوان و میانسال را نیز درگیر می نماید. مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس) از شایع ترین بیماریهای ناتوان کننده و اختلال میلین زدای سلسله اعصاب مرکزی است. علائم عصبی در این بیماری به خاطر درگیری قسمت های مختلف دستگاه عصبی مرکزی، متنوع می باشد، به صورتی که ام.اس را بیماری هزاران چهره نامیده اند. (هاوسر و گودکین^۱، ۲۰۰۷)

^۱ - Houser & Goodkine

دو میلیون نفر در سراسر دنیا و چهارصد هزار نفر در ایالات متحده آمریکا به ام. اس مبتلا می‌باشند. (جنکینز و تامپسون^۱، ۲۰۰۹). طی چند سال اخیر، مطالعات انجام گرفته در منطقه‌ی خاورمیانه و ایران حاکی از شیوع نسبتاً بالای بیماری می‌باشد. این بیماری معمولاً بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال بروز می‌کند و زنان را بیشتر از مردان گرفتار می‌سازد. در حال حاضر بیش از چهل هزار بیمار مبتلا به ام. اس در ایران شناخته شده که تعداد آن رو به افزایش است. پژوهشی در اصفهان شیوع بیماری را به طور میانگین ۶۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، متوسط سن ابتلا را ۲۶ سالگی و نسبت زن به مرد را ۳/۶ به ۱ گزارش کرده است. (اعتمادی فر، جان قربان، شایگان نژاد، اشتری، ۱۳۸۸). دوره‌ی پیدایش بیماری ام. اس معمولاً همزمان با رویارویی با موقعیت‌هایی مانند تشکیل خانواده، انتخاب شغل و تامین امنیت مالی است. این بیماری از یک طرف استقلال و توانایی فرد برای شرکت مؤثر در اجتماع را تهدید می‌کند و از سوی دیگر پیش‌آگهی و دوره‌های غیر قابل پیش‌بینی آن، تأثیر بارزی بر کیفیت زندگی و سلامت دارد. (مارکوت^۲، ۲۰۱۱).

زندگی توأم با بیماری یا آسیب دیدگی شدید غیرقابل پیش‌بینی و نامطلوب است. انسان موجودی است که دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی است. وجود اختلال در یک بعد بر روی سایر ابعاد انسان نیز تأثیر گذار است. براین اساس می‌توان گفت بیماری‌های جسمانی افزون بر علل پزشکی، علل روانی، علل اجتماعی و معنوی نیز دارند. از این رو در درمان این بیماری‌ها باید درمان‌های غیرطبی را نیز بکار برد. حوزه‌ای در روان‌شناسی سلامت به نام ایمنی‌شناسی روانی - عصبی به این موضوع می‌پردازد که چگونه عوامل روان‌شناختی، دستگاه ایمنی را تغییر داده و سرانجام خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد، چگونه پیامدهای ناشی از بیماری‌ها اعم از: افسردگی، درماندگی، ناامیدی، و رویدادهای تنش‌زای زندگی با تغییر ایمنی در افراد موجب تشدید بیماری می‌شود. به دلیل این آسیب‌شناسی روانی، فراهم کردن مراقبت‌های سلامت روان برای بیمارانی که ترکیبی از بیماری پزشکی - عصبی و روان پزشکی دارند چالش ویژه‌ای را طلب می‌کند.

بیماران مبتلا به ام. اس به دلیل مواجه بودن با مشکلات روحی و روانی حاصل از بیماری کمتر به یافتن معنا و هدف زندگی‌شان توجه می‌نمایند و در یافتن راهی برای حل مشکلات و دستیابی به رویکردی جهت بهبود کیفیت زندگی و سلامت خود ناتوان هستند. درباره چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری چندین مفهوم وجود دارد. یکی از این مفاهیم کیفیت زندگی است که عبارت است از: ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند دارند، که این ادراک بر اساس اهداف و انتظارات، استانداردها و علایق آنها می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲، به نقل از کاستانزا و فیشر^۳، ۲۰۰۷).

^۱ - Jenkins & Thompson

^۲ - Marcotte.

^۳ - Costanza & Fisher

به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس و کاهش تأثیر بیماری بر عملکرد فرد و فعالیتهای فردی و تعاملات اجتماعی، مشاوره توانبخشی می تواند نقش مطلوب و مؤثری داشته باشد. مشاوره توانبخشی گروهی شامل تمام اقدامات هدفمند برای کاهش اثر بیماری یا معلولیت بر افراد، قادر ساختن آنان برای دستیابی استقلال، درهم آمیزی اجتماعی، کسب کیفیت زندگی بهتر و خود شکوفایی است (مرادی، ۱۳۸۹).

در راستای اجرای مشاوره توانبخشی می توان فرآیند مذکور را با توجه به رویکرد معنادرمانی جامعه عمل پوشاند. معنادرمانی یک شاخه مجزا در مکتب روان درمانی وجودگرا- انسان گراست. معنادرمانی نوعی درمان فعالانه - رهنمودی است که متوجه یاری رساندن به بیمار خصوصاً در مراحل بحران زندگی است. این نوع درمان مفروض می گیرد که زندگی معنای بی قید و شرط دارد و این معنا را هر کس، در هر جا و در هر زمان می تواند بیابد و کشف کند (فرانکل ۲۰۰۰، به نقل از لوکاس و ازوانگ هیرش^۱، ۲۰۰۲). معنادرمانی سعی می کند میدان دید فرد را وسعت دهد تا معنا و ارزش نهفته شده در مصیبت را ببیند آنگاه قادر خواهد بود شجاعانه آن را بپذیرد و با آن مبارزه کند. هدف معنادرمانی توانا ساختن بیماران برای غلبه بر مثلث غم انگیز زندگی یعنی درد، گناه و رنج می باشد تا فرد بتواند به کشف معنای منحصر به فرد خود دست یابد. این رویکرد می کوشد تا حدود اختیارها و آزادی های بیمار را ترسیم کند و در شکستن چرخه های معیوب روان آزرده گی مؤثر است. (لنتز^۲، ۲۰۰۶).

معنادرمانی را می توان آموزش مسئولیت دانست. مسئولیت پذیرش این نکته است که زندگی ما نتیجه انتخاب هایی است که در گذشته کرده ایم و آینده هم با تصمیماتی شکل می گیرد که امروز گرفته ایم (تیملبون^۳، ۲۰۰۴). با وجود درمان های دارویی مختلف، یافتن معنا در زندگی و توجه به عقاید معنوی برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی ناشی از بیماری های مزمن نقش مهمی را در این بین ایفا می نماید. در جامعه ای که در آن مردم باورهای غنی و دیرینه ای دارند، توجه به معناگرایی به نظر راه آسان تر و مطلوب تری برای مراقبت های انسانی و چند بعدی است. مراقبت های مبتنی بر فرهنگ، معناگرایی و داشتن دیدگاه جامع نسبت به ابعاد مختلف بیماران می تواند خدمات سودمندی از جمله: رساندن بیماران به حداکثر عملکرد، پیشگیری از عوارض ناخواسته و قدرت بخشیدن به وی برای رسیدن به پتانسیلهای نهفته، یافتن معنای زندگی، معنای درد و رنج، پذیرش خود، افزایش مسئولیت و افزایش کیفیت زندگی ارائه دهد و آنان را در رهایی از تعارضات و فشارهای روانی ناشی از بیماری و بازگرداندن تعادل به خانواده یاری رساند.

^۱ - Lukas & Zwang Hirsch

^۲ - Lantz

^۳ - Timlebon

- رییکا و جیاکینگ^۱ (۲۰۱۱) در بررسی رابطه معنی در زندگی بر رضایت از زندگی و کیفیت زندگی ۵۱۹ بزرگسال مسن دریافتند که فراگیری روشهای معنی در زندگی به طور قابل توجهی با افزایش خشنودی، رضایت و کیفیت زندگی رابطه دارد.

- در پژوهشی دیگر لیزا ساند^۲ (۲۰۰۸) به بررسی چالشها و مسائل مربوط به بیماران مبتلا به سرطان پرداخت و با استفاده از مفاهیم فرانکل (مسئولیت، آزادی و ارزش) نشان داد که آموزش این مفاهیم و کاربرد آنها تسکین دهنده آلام و کاهش دهنده استرس آنان می‌باشد.

- بروک، مک نالتی و ویلسون^۳، (۲۰۰۸) «نقش عقاید معنوی و ایمان در سازگاری با بیماری ام. اس» را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین عقاید معنوی و ایمان و سازگاری با بیماری رابطه معناداری وجود دارد.

- ساترلند، کمپ و پیرس^۴، (۲۰۰۷) در پژوهشی تحت عنوان «کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران ام. اس نمونه‌ای از آموزش یاد گرفته شده به صورت خود به خود و با مداخلات آرامسازی» در استرالیا نشان دادند که اجرای این برنامه به ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران ام. اس در بُعد محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با مشکلات جسمی تأثیر معناداری داشته باشد. ($P < 0.02$)

- جارسما، پل، رنکور، ساندرمن^۵ (۲۰۰۷) نیز تأثیر معنادرمانی را در ارتباط با مسائل بیماران مبتلا به سرطان بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که تجربه معنا در زندگی برای بیماران سرطانی رابطه مستقیم و مثبتی با سازگاری روانی - اجتماعی و رابطه منفی با استرس دارد.

- اسکینل و بکر^۶ (۲۰۰۶) بیان کردند که محققان بسیار زیادی در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که وجود معنا در زندگی، عامل مهم اساسی در سلامت روانی - عاطفی است و بطور سیستماتیکی با ابعاد گوناگون شخصیت، سلامت جسمی و روانی، سازگاری با فشارها و استرس‌ها، مذهب و فعالیت‌های مذهبی انطباق و سازگاری دارد.

- ناگوچی و موریتا، ایهارا، شیموزوما^۷ (۲۰۰۶) و ناگاتا^۸ (۲۰۰۳) به بررسی نقش روان- درمانی با تأکید بر معنایابی در بیماران بیماریهای مزمن پرداخته‌اند. نتایج حاکی از آن است که روان درمانی در کاهش اختلالات روانی بیماران مبتلا به سرطان مخصوصاً ناامیدی مؤثر بوده است.

^۱ -Rebecca & Jiaqing

^۲ - Liza Sand

^۳ - Brook, McNulty & Wilson.

^۴ -Sutherland, Camp & Pierce.

^۵ - Jaarsma, Pool, Randchar, Sanderman

^۶ -Schenel & Becker

^۷ - Nagochi & Morita, Ehara, Shimozoma

^۸ - Nagata

- هاجسنون و چپمن^۱ (۲۰۰۵) REBT یا درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری الیس را با معنادرمانی ارتقاء بخشیدند. در این پژوهش، فرد پیشرفت و شادمانی‌اش را از رهگذر کشف معنا و توسط منطق افزایش می‌دهد. بدین ترتیب شخص در تجارب مثبت زندگی مشارکت می‌کند و مسئولیت برای تغییر را بیشتر می‌پذیرد.

- خضری مقدم، قربانی، بهرامی احسان، رستمی (۱۳۹۰) پژوهشی را تحت عنوان "اثربخشی گروه درمانی بر کاهش علائم روان شناختی بیماران ام.اس" مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که دو گروه بعد از درمان و در مرحله پیگیری به طور معنی داری از نظر افسردگی و اضطراب متفاوت هستند. با وجود این، در خصوص متغیر خستگی این اثر معنی دار نبود. نتایج حاکی از اثربخشی گروه درمانی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران ام.اس بود.

- رسولی، برجعلی (۱۳۸۹) "اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس بیماران مبتلا به ام.اس" را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش ۲۰ نفر (۱۰ نفر گروه کنترل و ۱۰ نفر گروه آزمایش) شرکت داشتند. میانگین اضطراب و اعتماد به نفس قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری را نشان نداد. اما بعد از مداخله درمانی (در پس آزمون و پیگیری) این تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین اضطراب و اعتماد به نفس معنی دار شد ($p < 0/05$). با توجه به مؤثر بودن این روش درمانی می‌توان گفت که معنادرمانی به شیوه گروهی در کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس بیماران مبتلا به ام.اس مؤثر است.

- ابوالقاسمی، ساعدی، موری نجف آبادی (۱۳۸۹) "اثربخشی تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر میزان افسردگی، اضطراب و امیدواری زنان مبتلا به سرطان بیمارستان شفا اهواز" را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان می‌دهد که آموزش تجسم هدایت یافته و معنادرمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش امیدواری زنان سرطانی مؤثر و کارآمد هستند و در این میان روش معنادرمانی تاثیر بیشتری بر متغیرهای وابسته داشته است.

- غلامی، پاشا، سودانی (۱۳۸۸) "اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی" را مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحقیق نشان داد که آموزش معنا درمانی می‌تواند باعث افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران تالاسمی ماژور گردد. ($p < 0/001$) همچنین سنجش ماندگاری پژوهش نیز ($p < 0/001$) همین نتیجه را نشان داده است.

- شعاع کاظمی، سعادت (۱۳۸۸) تأثیر آموزش ابعاد معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزشها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان را مورد بررسی قرار دادند. داده‌ها و نتایج به دست آمده حاکی از آن است که بین میانگین پیش آزمون ($M=66/8$) و پس آزمون ($M=50/2$) در نمره کل مقیاس تفاوت معناداری وجود دارد. ($P < 0/001$). به عبارت دیگر این مداخله توانسته است میزان ناامیدی گروه زنان سرطانی را کاهش دهد.

^۱ - Hatcshinson & Chapman.

- حارث آبادی، کریمی موقی، فروغی پور، مظلوم (۱۳۸۸) پژوهشی را تحت عنوان " کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به کلینیک ام.اس بیمارستان قائم (عج) مشهد "مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان می دهد که متوسط نمرات کیفیت زندگی در ۱۲ بعد پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران ام.اس ۵۶/۲ بود. در این مطالعه کیفیت زندگی تقریباً در حد متوسط بود که این ممکن است بخاطر خفیف بودن بیماری مبتلایان و کوتاه بودن دوره بیماری بوده باشد .

- فخار، نوابی نژاد، فروغان (۱۳۸۷) پژوهشی را تحت عنوان «تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند» مورد بررسی قرار دادند. نتایج به دست آمده از این تجزیه و تحلیل حاکی از آن بود که کاربرد مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی موجب افزایش سطح سلامت روان ، کاهش میزان اضطراب و فشارروانی ($p=0/015$) و نیز کاهش اختلال در کنش اجتماعی زنان سالمند گردیده است ($p=0/005$). اما در کاهش میزان شکایات جسمانی ($p=0/013$) و افسردگی ($p=0/086$) آنها نیز تأثیر چشمگیری نداشته است. بنابراین نتایج سلامت روان زنان سالمندی که در جلسات مشاوره و روان درمانی گروهی شرکت کردند به طور معناداری بیشتر از سطح سلامت روان زنان سالمندی است که در این جلسات شرکت نداشتند. ($p\leq 0/005$)

- اله بخشیان، جعفرپور علوی، پرویزی، حقانی، (۱۳۸۵) پژوهشی تحت عنوان «رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری ام.اس مراجعه کننده به انجمن ام.اس . ایران » را مورد بررسی قرار دادند. ایشان در بررسی های خود به تأثیر مثبت سلامت معنوی بر کیفیت زندگی مبتلایان ام. اس پی بردند. سلامت معنوی در اکثر این بیماران در حد متوسط ۷۹/۹٪ بود. بین سلامت معنوی در بعد مذهبی و کیفیت زندگی در بعد روانی ارتباط معنی داری وجود داشت. در بعد وجودی نیز با کیفیت زندگی در هر دو بعد جسمی ($p=0/04$) و روانی ($P < 0/001$) ارتباط معناداری مشاهده شد.

مرور پیشینه پژوهش و شواهد تحقیقاتی مختلف نقش ارزنده معنادرمانی بر کیفیت زندگی، سلامت جسمانی - روانی و آثار الیتام بخش در بیماری های سخت و مزمن را نشان می دهد. با توجه به مطالب مذکور، تمرکز بر مفهوم کیفیت زندگی به عنوان جنبه ای که کمتر مورد توجه قرار گرفته و نیز بررسی تأثیر آن بر جنبه های متفاوت زندگی خصوصاً در بیماریهای مزمن، ضروری به نظر می رسد.

بنابراین پژوهش حاضر در جستجوی پاسخ به سؤال زیر انجام می گردد:

- آیا مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس مؤثر است؟

همچنین فرضیه های اساسی این پژوهش عبارتند از:

- ۱- مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنا درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس مؤثر است.
- ۲- مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ابعاد دوازده گانه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس شامل: عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی ، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی، انرژی و شادابی،

سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، عملکرد ذهنی، عملکرد جنسی، درد بدنی، سلامت عمومی، نگرانی در خصوص سلامتی و رضایت از زندگی مؤثر است.

روش پژوهش

با توجه به هدف کلی پژوهش که عبارت از تعیین میزان اثربخشی مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنا درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس شهر اصفهان است، نوع مطالعه و روش پژوهش، نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری مورد استفاده در این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به ام. اس مراجعه کننده به متخصصین مغز و اعصاب کلینیک ام. اس بیمارستان کاشانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ می باشد. جهت نمونه گیری در این پژوهش، از روش نمونه گیری تصادفی در دسترس استفاده شده است. اعضای نمونه در این پژوهش از مرکز کلینیک ام. اس بیمارستان کاشانی به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابتدا با مراجعه به این مرکز لیستی از بیماران مراجعه کننده به آن تهیه و سپس با توجه به شماره تلفن مندرج در دفتر ثبت نام مراجعان با آنان تماس گرفته شد و در یک جلسه توجیهی در مورد تشکیل جلسات مشاوره گروهی با آنان صحبت گردید. از بیمارانی که آمادگی خود را برای حضور در این جلسات اعلام کردند، تعداد ۳۶ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) جایگزین شدند. در ابتدا در جلسه دوم یکی از اعضای گروه آزمایش انصراف داده و در حین مداخله نیز دو نفر دیگر ریزش کردند. لذا به صورت تصادفی سه نفر را از گروه کنترل خارج کرده و در نهایت تعداد نفرات هر دو گروه به ۱۵ نفر کاهش یافت.

معیارهای ورود آزمودنی ها به گروه عبارت بود از: تشخیص ام. اس، جنسیت مؤنث، رضایت برای حضور و مشارکت در جلسات تا انتهای درمان، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن، عدم مشکل در شنوایی یا تکلم معیارهای خروج آزمودنی ها از گروه عبارت بود از: عدم همکاری بیمار تا انتهای درمان، ایجاد اختلال و بی نظمی در ساعات تشکیل جلسات، غیبت مکرر در طول تشکیل جلسات

روش اجرا: در ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران ام. اس به عنوان پیش آزمون از هر دو گروه گرفته شد، سپس گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت و هیچگونه مداخله ای بر روی آنها صورت نگرفت. آنگاه گروه آزمایش به صورت جداگانه تحت تأثیر متغیر مستقل یعنی مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی به مدت ۱۰ جلسه دو ساعته، قرار گرفتند. پس از پایان جلسات آموزشی گروه آزمایش، پس آزمون کیفیت زندگی بر روی هر دو گروه به طور همزمان اجرا گردید و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران ام.اس MSQOL-۵۴^۱ با ۵۴ سؤال جهت تعیین میزان کیفیت زندگی بیماران مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۲ حیطه می باشد که کیفیت زندگی جسمی، روانی و کلی مبتلایان به ام.اس را می سنجد و خرده مقیاسهای آن عبارتند از:

۱- عملکرد جسمانی ۲- محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ۳- محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ۴- انرژی و شادابی ۵- سلامت روانی ۶- عملکرد اجتماعی ۷- درد بدنی ۸- سلامت عمومی ۹- نگرانی در خصوص سلامتی ۱۰- عملکرد ذهنی ۱۱- عملکرد جنسی ۱۲- رضایت از زندگی

این پرسشنامه با اضافه شدن ۱۸ آیتم تخصصی مربوط به ام.اس به پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF-۳۶^۲ ساخته شده است. حداقل و حداکثر نمره کیفیت زندگی در این پرسشنامه در محدوده ۰ تا ۱۰۰ است، که نمره بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر می باشد. روش محاسبه‌ی نمره‌ی این پرسشنامه بدین گونه است که در ابتدا به صورت جداگانه امتیاز هر یک از موارد محاسبه و به امتیاز ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می گردد، در نهایت مجموع میانگین نمره‌ی هر مورد به عنوان میزان کیفیت زندگی محاسبه می گردد. (نورت ورت، ریس، ۲۰۰۳)^۳

این پرسشنامه توسط ویکرلی^۴ و همکاران (۱۹۹۵) تهیه شده است و از روایی و پایایی بالایی برخوردار است (۰/۹۷ ≈ α). روایی این پرسشنامه در ایران توسط قائم و برهانی حقیقی (۱۳۸۵) به روش اعتبار محتوی و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ مشخص شده است.

یافته های پژوهش

داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ در سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شده است. در هر فرضیه در ابتدا آماره های توصیفی شامل: (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) مربوط به هر متغیر وابسته و کنترل به دست آورده شد. پس از آن نتایج آزمون نرمال بودن توزیع نمرات آزمون ها (آزمون شاپیرو – ویلک) و آزمون لوین مبتنی بر تساوی واریانس‌ها به منظور بررسی پیش فرض‌های آماری لازم جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک استفاده گردید. (همه سطوح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد). با توجه به تأیید شدن پیش فرض‌های نرمال بودن، برابری واریانس‌ها و نیز به دلیل مساوی بودن حجم نمونه در گروه‌ها استفاده از آزمون‌های پارامتریک تحلیل کوواریانس بلا مانع است. بنابراین با استفاده از این آزمون به بررسی فرضیه‌های تحقیق پرداخته شد.

^۱ - Multiple Sclerosis Quality of life – ۵۴.

^۲ - Short Form Health Survey.

^۳ - Nortvedt & Riise.

^۴ - Vickerly.

فرضیه اول پژوهش - مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنادرمانی، بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس مؤثر است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون پیش از تحلیل کوواریانس به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

پس آزمون		پیش آزمون		کیفیت زندگی
کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	
۷/۱۰۱	۹/۱۶	۷/۷۳	۶/۷۹	میانگین
۹/۶۷	۸/۹۲	۱/۱۵	۹/۷۶	انحراف معیار

بر اساس مندرجات در جدول ۱ میانگین گروه آزمایش در نمرات کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۶/۷۹ و ۹/۱۶ است. هم چنین نمرات گروه کنترل در دو مرحله پژوهش نیز به ترتیب در این آزمون ۷/۷۳ و ۷/۱۰۱ است.

نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس، در جدول ۲ ارائه شده است. در این تحلیل، به منظور مهار تأثیر اجرای پیش آزمون بر نتایج نمرات پس آزمون نمرات پیش آزمون کنترل گردیده است یعنی اثر آن از روی نمرات پس آزمون برداشته شده است و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شده‌اند.

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی دو گروه در مرحله پس آزمون بعد از کنترل متغیر پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
کیفیت زندگی	۱۸۷۷۱۳.۷۶۷	۱	۱۸۷۷۱۳.۷۶۷	۹۲.۵۰۷	.۰۰۱	.۷۷۴	۱.۰۰۰
گروه	۴۷۸۱۹۴.۰۳۷	۱	۴۷۸۱۹۴.۰۳۷	۲۳۵.۶۵۷	.۰۰۱	.۸۹۷	۱.۰۰۰
خطا	۵۴۷۸۸.۲۲۹	۲۷	۲۰۲۹.۱۹۴				
جمع تعدیل شده	۵۵۸۸۲۳.۹۰۱	۲۹					

همان طور که در جدول ۲ دیده می‌شود، تفاوت بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی دار است ($p < ۰/۰۰۱$). لذا فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. به عبارت دیگر مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنادرمانی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس را در مرحله پس آزمون افزایش داده است. میزان تأثیر این آموزش‌ها بر کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون ۰/۸۹ بوده است. یعنی در حدود ۹۰ درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده

مربوط به تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی است. توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است.

فرضیه دوم پژوهش: مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ابعاد دوازده گانه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس شامل: عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی، انرژی و شادابی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، عملکرد ذهنی، عملکرد جنسی، درد بدنی، سلامت عمومی، نگرانی در خصوص سلامتی و رضایت از زندگی مؤثر است.

میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد دوازده گانه کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون پیش از تحلیل کوواریانس به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳ - میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد دوازده گانه کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون پیش از تحلیل کوواریانس به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

پس آزمون		پیش آزمون		متغیر	
کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش		
۶۶/۸۸	۵۷/۷۷	۶۶/۸۸	۶۸/۶۶	میانگین	عملکرد جسمانی
۱/۹۲	۱/۲۸	۲/۳۱	۱/۵۵	انحراف معیار	
۶۶/۶۶	۸۴/۱۶	۶۶/۶۶	۶۳/۳۳	میانگین	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی
۱/۴۶	۱/۳۷	۱/۵۴	۱/۳۷	انحراف معیار	
۷۱/۱۱	۸۵/۵۵	۷۳/۳۳	۵۸/۸۸	میانگین	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی
۱/۶	۱/۲۳	۱/۸۶	۱/۲۸	انحراف معیار	
۵۰/۶۶	۶۷/۳۳	۵۹/۳۳	۴۹/۷۷	میانگین	میزان انرژی و نشاط
۷/۷۸	۶/۹۲	۸/۶۵	۶/۷۲	انحراف معیار	
۵۴	۷۵/۷۷	۶۳/۲۳	۵۴	میانگین	سلامت روانی
۱/۱۶۹	۷/۶۰۸	۱/۰۲۳	۱/۱۰۶	انحراف معیار	
۶۸	۸۳/۵۵	۷۵/۵۵	۶۰/۸۸	میانگین	عملکرد اجتماعی
۱/۰۷	۶/۱۰	۱/۳۹	۱/۲۳	انحراف معیار	
۶۰	۷۲/۰۸	۶۱/۶۶	۵۷/۰۸	میانگین	میزان درد
۱/۶۸	۱/۵۱	۱/۸۵	۱/۸۲	انحراف معیار	
۵۸/۵۵	۷۸	۶۱/۵۵	۵۲/۸۸	میانگین	سلامت عمومی

۱/۰۰۶	۹/۹۰۴	۱/۳۲	۸/۶۲	انحراف معیار	
۵۴/۴۴	۷۷/۷۷	۶۴/۱۶	۵۱/۶۶	میانگین	میزان نگرانی در خصوص سلامتی
۱/۳۱	۸/۲۸	۱/۱۲۲	۱/۰۸	انحراف معیار	
۶۳/۸۸	۷۸/۳۳	۷۹/۳۸	۶۳/۸۸	میانگین	عملکرد ذهنی
۲/۲۳	۲/۲۱	۱/۹۰۷	۲/۱۴	انحراف معیار	
۴۳/۱۷	۵۹/۳۶	۵۰/۴۷	۴۴/۴۴	میانگین	عملکرد جنسی
۲/۹۸	۳/۱۹	۳/۵۱	۲/۸	انحراف معیار	
۵۳/۷۲	۷۸/۴۳	۵۴/۵۰	۵۴/۱۱	میانگین	رضایت از زندگی
۱/۱۹۴	۹/۸۵	۱/۰۷۷	۱/۱۱	انحراف معیار	

جدول ۴ - نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات ابعاد دوازده گانه کیفیت زندگی دو گروه در مرحله پس از آزمون بعد از

کنترل متغیر پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
عملکرد جسمانی	پس آزمون	۲۴۳۷.۰۷۳	۱	۲۴۳۷.۰۷۳	۴۵.۳۲۳	.۰۰۱	.۶۵۴	۱.۰۰۰
	گروه	۴۴۶.۵۷۴	۱	۴۴۶.۵۷۴	۸.۳۰۵	.۰۰۸	.۲۵۷	.۷۹۰
	خطا	۱۲۹۰.۵۲۰	۲۴	۵۳.۷۷۲				
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی	پس آزمون	۲۲۷۴.۱۷۲	۱	۲۲۷۴.۱۷۲	۱۸.۱۰۰	.۰۰۱	.۴۰۱	.۹۸۴
	گروه	۲۸۲۸.۷۷۹	۱	۲۸۲۸.۷۷۹	۲۲.۵۱۴	.۰۰۱	.۴۵۵	.۹۹۵
	خطا	۳۳۹۲.۴۹۴	۲۷	۱۲۵.۶۴۸				
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی	پس آزمون	۱۹۴۹.۳۱۸	۱	۱۹۴۹.۳۱۸	۱۳.۸۸۲	.۰۰۱	.۳۴۰	.۹۴۸
	گروه	۲۹۸۲.۲۸۸	۱	۲۹۸۲.۲۸۸	۲۱.۲۳۸	.۰۰۱	.۴۴۰	.۹۹۳
	خطا	۳۷۹۱.۴۲۳	۲۷	۱۴۰.۴۲۳				
میزان انرژی و نشاط	پس آزمون	۸۲۱.۸۵۳	۱	۸۲۱.۸۵۳	۳۱.۷۸۴	.۰۰۱	.۵۴۱	۱.۰۰۰
	گروه	۲۹۰۵.۰۳۶	۱	۲۹۰۵.۰۳۶	۱۱۲.۳۴۹	.۰۰۱	.۸۰۶	۱.۰۰۰
	خطا	۶۹۸.۱۴۷	۲۷	۲۵.۸۵۷				
سلامت روانی	پس آزمون	۱۰۶۶.۴۸۲	۱	۱۰۶۶.۴۸۲	۱۷.۳۵۲	.۰۰۱	.۳۹۱	.۹۸۰
	گروه	۴۵۹۷.۱۹۱	۱	۴۵۹۷.۱۹۱	۷۴.۷۹۹	.۰۰۱	.۷۳۵	۱.۰۰۰

				۶۱.۴۶۱	۲۷	۱۶۵۹.۴۴۴	خطا	
	.۹۴۴	.۳۳۵	.۰۰۱	۱۳.۵۹۸	۱	۷۱۶.۵۴۶	پس آزمون	عملکرد اجتماعی
	۱.۰۰۰	.۶۴۰	.۰۰۱	۴۷.۹۷۱	۱	۲۵۲۷.۷۵۷	گروه	
				۵۲.۶۹۳	۲۷	۱۴۲۲.۷۱۳	خطا	
	۱.۰۰۰	.۵۲۵	.۰۰۱	۲۹.۸۸۵	۱	۳۷۶۲.۳۵۷	پس آزمون	میزان درد
	.۹۳۷	.۳۲۷	.۰۰۱	۱۳.۱۲۶	۱	۱۶۵۲.۵۰۸	گروه	
				۱۲۵.۸۹۳	۲۷	۳۳۹۹.۱۰۱	خطا	
	۱.۰۰۰	.۵۵۴	.۰۰۱	۳۳.۵۰۲	۱	۱۵۴۶.۳۵۹	پس آزمون	سلامت عمومی
	۱.۰۰۰	.۷۷۲	.۰۰۱	۹۱.۲۷۳	۱	۴۲۱۲.۸۸۹	گروه	
				۴۶.۱۵۷	۲۷	۱۲۴۶.۲۳۴	خطا	
	.۹۷۲	.۳۷۳	.۰۰۱	۱۶.۰۸۹	۱	۱۲۵۹.۳۱۱	پس آزمون	میزان نگرانی در خصوص سلامتی
	۱.۰۰۰	.۷۱۶	.۰۰۱	۶۸.۲۲۲	۱	۵۳۳۹.۹۵۸	گروه	
				۷۸.۲۷۳	۲۷	۲۱۱۳.۳۷۴	خطا	
	۱.۰۰۰	.۸۴۵	.۰۰۱	۱۴۷.۱۲۰	۱	۱۱۷۰.۱۹۵۸	پس آزمون	عملکرد ذهنی
	۱.۰۰۰	.۶۹۸	.۰۰۱	۶۲.۵۵۱	۱	۴۹۷۵.۲۸۸	گروه	
				۷۹.۵۴۰	۲۷	۲۱۴۷.۵۷۹	خطا	
	.۹۹۹	.۵۲۴	.۰۰۱	۲۷.۵۳۰	۱	۱۸۳۰.۳۰۲	پس آزمون	عملکرد جنسی
	۱.۰۰۰	.۵۴۶	.۰۰۱	۳۰.۰۹۷	۱	۲۰۰۰.۹۷۲	گروه	
				۶۶.۴۸۵	۲۵	۱۶۶۲.۱۲۱	خطا	
	۱.۰۰۰	.۵۸۷	.۰۰۱	۳۸.۳۶۵	۱	۱۹۷۱.۳۵۳	پس آزمون	رضایت از زندگی
	۱.۰۰۰	.۷۷۲	.۰۰۱	۹۱.۲۳۸	۱	۴۶۸۸.۱۱۱	گروه	
				۵۱.۳۸۴	۲۷	۱۳۸۷.۳۵۵	خطا	

نتایج به دست آمده در جدول ۴، حاکی از آن است که تفاوت بین میانگین‌های نمرات گروه آزمایش و کنترل در ابعاد دوازده گانه کیفیت زندگی پس از کنترل متغیر پیش آزمون، معنی دار به دست آمده است. معنی داری به دست آمده در بعد عملکرد جسمانی برابر با ۰/۰۰۸ و در یازده بعد دیگر کیفیت زندگی ۰/۰۰۱ می باشد. به عبارت دیگر فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت دو گروه در متغیرهای مذکور با ۹۹٪ اطمینان رد شده و فرضیه پژوهش تأیید می شود. یعنی گروه آزمایش در نتیجه مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنی درمانی، در نمرات همه ابعاد دوازده گانه کیفیت زندگی افزایش نشان داده و بهبودی یافته است.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که بیان شد این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنادرمانی، بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس صورت گرفت. یافته های جدول ۱ تا ۴ نشان دادند که بین بیمارانی که در جلسات مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی قرار گرفتند (گروه آزمایش)، نسبت به بیمارانی که این روش ها را فرا نگرفته اند (گروه کنترل) از نظر بهبود و افزایش کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$). و این بدین معنی است که مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنادرمانی، بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس مؤثر است.

این یافته با یافته های پژوهش های رییکا و جیاکینگ (۲۰۱۱)، لیزا ساند (۲۰۰۸)، بروک، مک نالتی و ویلسون (۲۰۰۸)، ساترلند، کمپ و پیرس (۲۰۰۷)، جارسما، پل، رنکور، ساندرومن (۲۰۰۷)، اسکینل و بکر (۲۰۰۶)، ناگوچی و موریتا، ایهارا، شیموزوما (۲۰۰۶)، هاجیسون و چپمن (۲۰۰۵)، ناگاتا (۲۰۰۳)، خضری مقدم، قربانی، بهرامی احسان، رستمی (۱۳۹۰)، رسولی، برجعلی (۱۳۸۹)، ابوالقاسمی، ساعدی، موری نجف آبادی (۱۳۸۹)، غلامی، پاشا، سودانی (۱۳۸۸)، شعاع کاظمی، سعادت (۱۳۸۸)، حارث آبادی، کریمی موفقی، فروغی پور، مظلوم (۱۳۸۸)، فخار، نوابی نژاد، فروغان (۱۳۸۷)، اله بخشیان، جعفرپور علوی، پرویزی، حقانی (۱۳۸۵)، همخوانی دارد.

در تبیین یافته های این پژوهش که مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس مؤثر است می توان گفت که انسان واکنش خود را در برابر رنج ها و سختی های ناخواسته، ولی پیش آمده خود انتخاب می کند و هیچ کس را جز "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. 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 ما تجربیات با ارزشی ارائه می دهد تجربیاتی که می توان گفت هدایای زندگی است. 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. آموزشهای معنادرمانی با تأکید بر آزادی و مسئولیت باعث می شود که بیماران بر اوضاع و شرایط و یافتن معنا تسلط یافته و موقعیت خود را تغییر دهند همچنین تمایل به زندگی را در خود قوت بخشند و با نگرانی های خود مقابله کرده و احساس کنترل درونی در آنان افزایش یابد و در نهایت نسبت به آینده و به دست آوردن آنچه انتظارش را دارند، امیدوارتر شوند.

معنا درمانی با در نظر گرفتن گذرایی هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، ارائه تفسیری تازه از محیط پیرامون انسان و در کل معنی دادن به زندگی، بیماران را به تلاش و فعالیت فرا می خواند و به آنها کمک می کند تا از ناامیدی، غمگینی زیاد و ...

رها و علاقه و اشتیاق آنها را به فعالیت های عادی و همچنین حفظ هویت و ارتباط با دیگران ، احساس ارزشمند بودن و ... بیشتر شود .سازه های تعالی معنوی، با توجه به آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان و همچنین با ایجاد آگاهی از مسئولیت پذیری در بیماران، باعث می شود ترس و اضطراب بیماران مبتلا به ام.اس نسبت به عوارض بیماری و نگرانی آنان به خاطر فرصتهایی که در اختیارداشته ولی از دست داده اند کاهش یابد .در واقع بیماران با شرکت در جلسات گروهی و تبادل افکار و عقاید و یافتن معنایی برای آنچه که تا بدین روز بر آنها گذشته است، خواه درد و بیماری و خواه مصیبت و فقدان، این توانایی و آگاهی را کسب می کنند که زندگی همواره دارای معناست و می توان در هر پدیده ای که پیشامد می کند معنا و هدفی یافت. همچنین معنا درمانی گروهی فرصتی فراهم کرده است تا اعضا به شناخت، درک و رهاسازی خود از موانعی که آزادی آنان را سد کرده، دست یابند و معنایی در زندگی خود بیابند و در پناه حمایت های اجتماعی به دست آمده با غم و اندوه، کمبودها، بیماری های مزمن و در نهایت مرگ سازگار شوند. گروه درمانی برای این بیماران به منظور بیان و سهیم شدن در تجربیات فردی، مطرح می شود. گروه می تواند فضایی ایجاد کند که با وجود انکار و فرافکنی ایجاد شده به وسیله بیماری، ویژگی های دفاعی سالم و رشد یافته بارور شوند. معنادرمانی از طریق ایجاد همدلی، شنیدن، حمایت، بیان احساسات و سهیم شدن در تجربیات یکدیگر سبب بهبودی می شود. سهیم شدن در تجربه ، دلگرمی و امکان بیان احساسات، تعلق خاطر افراد را به یکدیگر افزایش داده و حتی سبب گسترش این احساس به افراد خارج از گروه می شود.

وجود معنا در زندگی، عامل مهم اساسی در سلامت روانی - عاطفی است و بطور سیستماتیک با ابعاد گوناگون شخصیت انطباق و سازگاری دارد. همان طور که گفته شد بیماری ام.اس بر سلامت روان افراد بسیار تأثیرگذار می باشد. فرانکل (۲۰۰۰) برای رسیدن به سلامت عمومی تأکید عمده ای بر اراده معطوف به معنا داشت، این اراده چنان نیرومند است که می تواند همه انگیزش های انسانی دیگر را تحت الشعاع قرار دهد. افراد وقتی از سلامت عمومی خوبی برخوردارند، انتظار بهترین چیزها را در زندگی خواهند داشت و برای رویارویی با هر حادثه ای آمادگی پیدا خواهند کرد. به طور کلی، مردمی که سلامت عمومی خوبی دارند نگرش مثبت داشته و آماده برخورد با مشکلات زندگی اند. همچنین در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند و در محیط کار و روابطشان مسئولیت پذیرتر خواهند بود.

در این پژوهش به منظور افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام.اس از تکنیک ها و راهکارهای معنادرمانی که شامل: قصد متناقض، بازتاب زدایی، تصحیح نگرش ها، فن فراخوانی، گفتگوی سقراطی، روش های معنایی (عشق، شوخی، ترسیم روشن و دقیق از عواطف خود، تجربه ارزشی والا)، یافتن معنای زندگی و مرگ، یافتن معنای درد و رنج، شناخت ارزشهای (تجربی، نگرشی، خلاق)، شناخت نگرش ها و احساسات درونی، آگاهی از مسئولیت پذیری و نقش آن در به دست آوردن موفقیت، آگاهی در خصوص باورها در پذیرش خویشتن و شناخت ویژگیها، توجه به آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان و یافتن حق انتخاب درباره شیوه زندگی،

تقویت روابط اجتماعی اعضا، شناخت عوامل ایجاد کننده اضطراب و راههای مقابله با آن، دریافت مضمون اصلی احساس گناه مستتر در اضطراب، تصویرسازی ذهنی التیام بخش و ارزیابی تجربه ها و غلبه بر یأس و ناامیدی، استفاده گردیده شد. در این پژوهش افراد نمونه به این مسئله پی بردند که بیماری و ناتوانی های ناشی از آن 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 مطلوبی نشان دهند.

محدودیت های پژوهش

- محدود بودن نتایج پژوهش به زنان مبتلا به ام.اس در شهر اصفهان و احتیاط در تعمیم نتایج به زنان شهرهای دیگر.
- محدود شدن نمونه های پژوهش در جنس مؤنث، به همین دلیل تعمیم پذیری آن به جمعیت مردان دارای محدودیت می باشد.
- نداشتن مرحله پیگیری باعث شد تا از تداوم تأثیرات درمانی در این بیماران اطمینان وجود نداشته باشد.

پیشنهادات کاربردی

با توجه به این که تحقیقات متعدد مشکلات سلامت عمومی و پایین بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس را مورد توجه قرار داده اند، و با عنایت به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر مثبت مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس، ضرورت دارد تا متخصصین مغز و اعصاب و روانپزشکان با همکاری روان شناسان و مشاوران به صورت کار تیمی به این مقوله مهم از بیماران مبتلا به ام.اس در کنار درمان دارویی توجه نمایند.

منابع فارسی

- ابوالقاسمی، شهنام، ساعدی، سارا، موری نجف آبادی، ندا (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر میزان افسردگی، اضطراب و امیدواری زنان مبتلا به سرطان بیمارستان شفا اهواز. **فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ**، سال دوم، شماره پنجم، پائیز ۱۳۹۰، صفحات ۳۱-۴۷.
- اعتمادی فر، م، جان قربان، م، شایگان نژاد، و، اشتری (۱۳۸۸). همه گیرشناسی مالتیپل اسکلروزیس در اصفهان. **مجله مغز و اعصاب**، ۲۷، ۴۴-۳۹.
- اله بخشیان، مریم، و جعفرپور علوی، مهشید، پرویزی، سرور، حقانی، حمید. «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس» **مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان**، (۱۳۸۹)، دوره ۱۲، شماره ۳، صفحه ۳۳-۲۹.
- برهانی حقیقی، ا، قائم، ه، (۱۳۸۵). کیفیت زندگی در بیماران ام.اس: ترجمه و تطبیق فرهنگی پرسشنامه ۵۴ سؤالی کیفیت زندگی در بیماران ام.اس. **فصلنامه مغز و اعصاب ایران**، سال چهارم، شماره ۱۱-۱۰.

حارث آبادی، مهدی، کریمی موقی، حسین، فروغی پور، محسن، مظلوم، رضا (۱۳۸۸). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به بیمارستان قائم (عج) مشهد. **مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی**، دوره دوم، شماره ۹، صفحات ۸-۱۱.

رسولی، لیلی، برجعلی، احمد. (۱۳۸۹). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس بیماران مبتلا به ام.اس. **فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی**. شماره ۳، صفحه ۴۳-۵۹.

شعاع کاظمی، مهرانگیز، سعادت، معصومه (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش ها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان، **فصلنامه بیماری های پستان ایران**، سال سوم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۸۹.

غلامی، مریم، پاشا، غلامرضا، سودانی، منصور (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی، **مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی**، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره ۴۲، صفحات ۴۵-۲۵.

فخار، فرشاد، نوابی نژاد، شکوه، فروغان، مهشید. «تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند»، **مجله سالمندی ایران**، (۱۳۸۷)، دوره ۳، شماره ۷.

مرادی، الف. (۱۳۸۹). **تأثیر عزت نفس، خودکار آمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه زنان جوان: الگوی برای مبتلایان به ناتوانی جسمی - حرکتی**. پایان نامه دکتری روانشناسی. دانشگاه اصفهان.

منابع لاتین

Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., & et al. (۲۰۰۷). *Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being*. Ecological economics, ۶۱, ۲۶۷-۲۷۶.

Frankl, V.E. (۲۰۰۰). *Man's search for ultimate meaning*. Cambridge: perseus publishing.

Houser, S.L., & Goodkine, D.E. (۲۰۰۷). *Ms & Demyelinating Disease*. In T.R. Harrison, e. Brown, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Hauser, & D.L. Long (Eds), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (۱۵th ed. Vo۱۴, ۲۴۵۲-۲۴۶۰). New York: McGraw-Hill.

Hutchinson, G.T. & Chapman, B.P. (۲۰۰۵). Logotherapy – Enhanced REBT: an integration of discovery and reason. *Journal of contemporary psychotherapy*. Vol:۳۵. Jul. Pages: ۱۴۵-۱۵۵.

Jaarsma TA, Pool G, Ranchor AV, Sanderman R. (۲۰۰۷). *The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patient*. Psychooncology; ۱۶(۳): ۲۴۱-۸.

Jenkins Tm, Thompson Aj (۲۰۰۹). *Diagnosing and managing multiple sclerosis*. Oct, ۱۴(۵); ۳۶۵-۷۰.

Lantz J. (۲۰۰۶). *y; Resistance in Family Logo therapy. Contemn Porary Family Therapy*. (۵), ۵, ۴.

- Lukas, E. & Zwang Hirsch, B. (2002). *Logotherapy*. In: Kaslow, F.W. (chief editor). *Comprehensive Handbook of psychotherapy*. Vol:3. P: 338-356. New York: John Wiley & Sons, INC.
- Marcotte, J. (2011). *Spirituality and life satisfaction of people with multiple sclerosis California State University*. Long Beach.
- Nagata, K. (2003). A study of logotherapy for chronic low back pain patient. *Journal of psychiatry*.
- Noguchi W, Morita S, Ohno T, Aihara O, Tsujii H, Shimozuma K, Matsushima E. (2006). Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. *Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical*.
- Nortvedt, M.V., Riise, T. (2003). *The use of quality of life measure in multiple sclerosis research multiple sclerosis*: 9:63-72
- Rebecca, P & Jiaqing, O. (2011). Association Between Caregiving, Meaning in Life, Life Satisfaction and Quality of life, Beyond 50 in an Asian Sample: Age as a Moderator. *Journal Springer Science+Business Media B*, 13 June 2011).
- Sand L. (2008). *Existential challenges and coping in palliative cancer care, experiences of patient and family members*, karolinska institute Stockholm.
- Schenel, T., Becker, P. (2006). *Personality and Meaning in Life*. *Personality and Individual Difference*, 4-1, 7-1.
- Timebon, E. (2004). Victor Frankl and Logotherapy. Available online at: <http://members.Aol.com/timebon\FranklLogotherapy.htm>.
- Vickerly BG, Hays RD, Haronir NI, Myers LW, Elisen GW (1995). *A health related quality of life measure in multiple sclerosis*. *Qual life Res*; 4:187-206
- World Health organization (2002). World health reports. Retrieved from <http://www.WHO.Int/whr/2002/cnstatistics.htm>.