

**بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه
معنادرمانی بر کاهش ناامیدی در زندگی معلولان
ضایعه نخاعی پس از زلزله شهرستان زرنند**

احمد حسن زاده*، کیانوش زهراکار**، مهدی زارع***

چکیده

این پژوهش از نوع پژوهش‌های شبه تجربی است که اثربخشی رویکرد معنادرمانی را به شیوه گروهی بر کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله در شهرستان زرنند بررسی کرد. جامعه آماری کلیه معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله در شهرستان زرنند بودند که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (برای دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و گواه) انتخاب و در دو گروه گماشته شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه ۲۰ سؤالی ناامیدی بک بود. برای مقایسه میانگین‌های افتراقی دو گروه از آزمون t استفاده شد. در این پژوهش شش فرضیه مطرح شد که در این فرضیه‌ها، مؤلفه‌های مختلف ناامیدی و نمره کل با توجه به رویکرد معنادرمانی به شیوه گروهی بررسی شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که t محاسبه شده برای بررسی میانگین‌های دو گروه در مؤلفه‌های مختلف ناامیدی در حوزه دستیابی به خواسته‌ها (۳/۵۱۲-)، نومیادی درباره آینده (۴/۸۶۲-)، نگرش نسبت به آینده (۲/۵۵۵-)، دورنمای زندگی (۳/۴۷۱-)، اعتماد به آینده (۰/۲۴۲-) و در حوزه نمره کل (۸/۶۸۵-) است که فقط فرضیه پنجم تأیید نشد و بقیه فرضیه‌ها از لحاظ آماری معنادار تشخیص داده شده‌اند. نتایج نشان داد که این روش بر کاهش ناامیدی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر است.

کلید واژه‌ها

معنادرمانی گروهی، ناامیدی، ضایعه نخاعی

* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند

ahasanzadeh2010@yahoo.com

** استادیار دانشگاه خوارزمی

*** استادیار مرکز پژوهش و توسعه علوم انسانی (سازمان سمت)

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۲۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۰/۲۷

مقدمه

ناامیدی^۱ یعنی دلمردگی ناشی از افسردگی که می‌تواند خود را در قالب از دست رفتن امید به آینده نشان دهد. در این شرایط فرد احساس می‌کند نامطبوع خواهد بود و در موارد شدید خود احساس می‌کند که آینده برای او وجود ندارد (عباس آبادی، ۱۳۸۳).

بک تأکید دارد که ناامیدی بعدی از افسردگی^۲ است که بیشتر شناختی است تا عاطفی. یعنی فرد از نظر مبانی شناختی به نوعی ناامیدی در احتمال وقوع تغییرات مثبت و حل مشکلات می‌رسد که این ناامیدی بیش از سایر جنبه‌های افسردگی با خودکشی در ارتباط است. چنین به نظر می‌رسد که ارتباط سازه ناامیدی با افسردگی، افکار منفی و خودکشی در نوجوانان با بزرگسالان تفاوت‌هایی وجود داشته باشد. نوجوانان در فرآیند رشد و تحول خود اگر با استرس و فشارهای روانی مواجه شوند به طوری که ناامید شوند بیشتر در معرض افسردگی، افکار منفی و به‌خصوص خودکشی هستند (کول^۳، ۱۹۸۹، به نقل از دژکام، ۱۳۸۳).

افسردگی از جمله اختلالات روانی^۴ شایع قرن حاضر است. ناامیدی از جمله نشانه‌های هیجانی افسردگی است و از جمله نشانه‌های شناختی فرد افسرده می‌توان اعتقاد به آینده نومی‌دانه را نام برد. علاوه بر عقاید منفی و گناه نسبت به خود، فرد افسرده تقریباً همیشه آینده را با بدبینی و نومیدی زیادی می‌بیند. فرد افسرده معتقد است که اقدامات او حتی اگر بتواند از عهده آن‌ها برآید، محکوم به شکست هستند و به آینده اعتمادی ندارد (بک^۵، ۱۹۷۶؛ به نقل از سمیعی، ۱۳۶۸).

بر طبق نظریه ناامیدی یک علت کافی و نزدیک به مبدأ افسردگی این است که آیا احتمال وقوع پیامدهای مطلوب وجود دارد یا به احتمال زیاد پیامدهای ناگواری رخ خواهد داد و فرد هیچ پاسخی برای تغییر این پیامدها در اختیار ندارد. بر طبق نظر آبرامسون^۶ و همکاران (۱۹۸۸) زنجیره علی فرضیه ناامیدی در افسردگی با وقوع رویدادهای منفی زندگی (یا فقدان

-
1. Hopelessness
 2. Depression
 3. Cole
 4. mental disorders
 5. Beck
 6. Abramson

وقوع رویدادهای مثبت) شروع می‌شود و با ایجاد علائم افسردگی خاتمه می‌یابد (شکرکن و همکاران، ۱۳۷۶). در ارتباط سازه مذکور با افکار منفی یک به دو مکانیسم مثلث شناختی و خطاهای منطقی اشاره کرده است که افسردگی را باعث می‌شود. مثلث شناختی شامل افکار منفی به خود، آینده و جهان پیرامون است، یعنی هر چه قدر فرد منفی‌تر بیندیشد احساس بدتری پیدا کرده و ناامیدی در او بیشتر ریشه می‌گستراند. در ارتباط سازه مذکور با خودکشی، بسیاری از محققان عقیده دارند که ناامیدی یک معیار مناسب برای پیش‌بینی خودکشی محسوب می‌شود (مینکوف^۱، ۱۹۷۳، اشوت و کلام^۲، ۱۹۸۲، ترل^۳، ۱۹۷۶، به نقل از یک و استیر^۴، ۱۹۸۸).

چنانچه میزان ناامیدی بالا باشد فرد را در معرض اقدام به خودکشی قرار می‌دهد. چهار عامل مورد تأیید در مطالعات ناامیدی عبارتند از: ۱- استرس‌های زندگی^۵ ۲- تاجر و خشکی شناختی^۶ ۳- نقایص حل مسأله میان فردی^۷ ۴- ناامیدی (هندین^۸، ۱۹۹۱، به نقل از عباس آبادی، ۱۳۸۳). براس^۹ (۱۹۸۸) ویژگی ناامیدی را در بیماران افسرده بررسی کرد و پی برد که شایع‌ترین ویژگی‌های شاخص این افراد آه کشیدن و گفتن «نمی‌دانم» است که نشان دهنده طرح شناختی منفی و احساس بی‌کفایتی مربوط به یک سبک اسنادی کلی و ثابت است (ریکیمن و هونک^{۱۰}، ۱۹۹۵، به نقل از هدایتی، ۱۳۸۵).

طبق نظریه لیختن برگ^{۱۱} (۱۹۷۵) وقتی که فرد خود را در ناامید بودن در راه رسیدن به اهداف خود مسئول بداند در این زمان است که او دچار افسردگی می‌شود. لازم است توضیح داده شود که بعضی موارد افسردگی خفیف که ظاهراً نیز مهم به نظر نمی‌آیند اثر بسیار بدی در شخصیت ایجاد می‌کند که به درماندگی آموخته شده منجر می‌شود. هر یک از احساس‌های

-
1. Minkouf
 2. Schoote & Clam
 3. Trel
 4. Steer
 5. Life stressors
 6. Cognitive stagnation
 7. Interpersonal Problem Solving deficits
 8. Hendin
 9. Brass
 10. Rikiman & Honk
 11. Likhtenberg

خشم، عصبانیت، دشمنی و خصومت نیز می‌توانند نشانه‌هایی از نومییدی در اثر درماندگی آموخته شده باشند. مفهوم ناامیدی بیشتر شبیه بعضی از حالت‌های موجود در بیماران روانی است. افرادی مانند بک در این زمینه مطالعه کرده است (راینسون^۱، ۱۹۸۳، به نقل از محمودی، ۱۳۶۶).

طبق نظریهٔ شنیدر ناامیدی حالت تکان دهنده‌ای است که با احساس ناممکن بودن امور، احساس ناتوانی و بی‌علاقه بودن به زندگی آشکار می‌شود و فرد در اثر ناامیدی به شدت غیرفعال شده و نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف را بسنجد و تصمیم بگیرد. ناامیدی سریع شخص را در هم شکسته و او را در برابر عوامل فشار آورنده بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. با گذشت زمان شخص تمام امید خود را از دست داده و به جای آن افسردگی عمیقی را جایگزین می‌کند (راینسون، ۱۹۸۳، به نقل از دژکام، ۱۳۸۳).

معلولیت^۲ بحرانی است که هر فرد در مسیر زندگی خود ممکن است با آن مواجه شود و فرد را در موقعیتی متفاوت با زندگی گذشته قرار دهد. معلولیت از هر نقش و به هر صورتی که باشد اغلب از طریق اضطراب، نگرانی، کاهش اعتماد به نفس، دشواری‌های روانی در پیدایش بحران‌های روحی مؤثر واقع می‌شود (اسلامی نسب، ۱۳۷۲، ص ۶۵).

زمانی که نخاع دچار صدمه می‌شود ضایعهٔ نخاعی اتفاق می‌افتد. اکثراً ضایعهٔ نخاعی نتیجه حوادثی است که به دنبال شکستگی استخوان‌های گردن، پستی و کمری پیش می‌آید. نخاع، درون تونلی که از استخوان‌ها تشکیل شده قرار دارد. زمانی که این استخوان‌ها شکسته می‌شوند ممکن است به نخاع صدمه وارد شود و این صدمه به فلج و از بین رفتن حس در ناحیهٔ زیرین سطح ضایعه منجر می‌شود (کورتین و هریسون^۳، ترجمه تفرشی و ایروانی، ۱۳۸۳).

از مهمترین علل و استرس‌های مؤثر در نومییدی احساس تنهایی است که ممکن است واقعی یا ذهنی باشد. از جمله عوامل دیگر می‌توان نقش تنهایی ذهنی را مطرح کرد تنهایی ذهنی نوعی از احساس است که فرد تصور می‌کند شخصی او را درک نمی‌کند و عواطف کافی متوجه او نیست. این احساس در فرد باعث ایجاد ناامیدی می‌شود. (مهراآبادی، ۱۳۶۱، ص ۵).

-
1. Rabinson
 2. Disability
 3. Kourtin & Heryson

یکی از مشکلات رایج افراد معلول و مبتلا به ضایعه نخاعی ناامیدی از زندگی است. ناامیدی به عنوان یکی از صفتهای خاص واسط افسردگی تعریف شده است. فرد ناامید کسی است که در یک سیستمی از انتظارات منفی راجع به خود، آینده و زندگی خود قرار گرفته است و با مفهوم درماندگی آموخته شده رابطه بسیار نزدیکی دارد (شکرکن و همکاران، ۱۳۷۶). معلولان ضایعه نخاعی ترومای از دست دادگی را تجربه می کنند. نظریه پردازان بیان می کنند افرادی که به ترومای از دست دادگی پاسخ می دهند می توانند فرایند ناراحتی شامل بازسازی معنا را درک کنند. اولاً این افراد تلاش می کنند احساس از دست دادگی را بسازند، دوماً افراد سعی می کنند از دید خودشان این از دست دادگی را تفسیر کنند. با این مبنای اعتقادی چگونه و چرا این حادثه برای من رخ داده است (دانیل و لوسیگ^۱، ۲۰۰۵)

نیم قرن پیش از این افراد صدمه نخاعی انتظار زنده ماندن را نداشتند. آنهایی هم که زنده می ماندند، انتظار زندگی در اجتماع را نداشتند. آسیب نخاع ناگوارترین حادثه ممکن بود در زندگی فرد رخ می داد به طوری که ادامه حیات را بسیار مشکل می کرد. آسیب نخاعی نه فقط به علت پیامدهای فیزیکی عمده ای که به دنبال دارد، بلکه عواقب روانی و جسمانی که ایجاد می کند این بیماران را ماهیتاً از افراد غیر معلول متمایز می کند. با این حال در دهه آخر قرن بیستم این نکته آشکار شد که معلولان جسمی به جز ناتوانی های فیزیکی در دیگر جنبه ها با مردم عادی یکسان هستند. در نتیجه سؤال اساسی بدین گونه مطرح شد که چه روندهایی در کنار آمدن فرد با آسیب نخاعی دخیل هستند؟ (رفاهی، ۱۳۷۲).

یکی از راهبردهای درمانی رایج برای کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی رویکرد معنادرمانی است. معنادرمانی روشی از رویکرد وجودی است که زمینه فلسفی و نظری عالی برای کار گروهی فراهم می آورد. معنادرمانی می تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان به منظور چالش یافتن معنی در زندگی آنها آماده کند. نگرش وجودی رویکردی پویاست که بر چهار علاقه مهم نشأت گرفته از هستی یا وجود انسان تأکید می کند. مرگ، آزادی، تنهایی و بی معنایی (کوری^۲، ۱۹۹۵). معنادرمانی شاخه ای از روان درمانی وجودی / انسانگراست. زیرا بر جنبه معنوی انسان و معنای وجود انسان تأکید دارد. فرانکل دو سطح از

1. Daniel & Lustig

2. Corey

معناجویی را مطرح می‌کند، سطح اول معنای حاضر یا معنا در زمان حال است و سطح دوم فرامعنا نام دارد که هر شخصی به دنبال معنای خاص زندگی خویش است. درمان‌گر می‌تواند این خواست مراجع را تسهیل کند و او را راهنمایی کند (وونگ^۱، ۲۰۰۰).

جستجوی معنا لازمه آن مسئولیت شخصی است. هیچ کس و هیچ چیز نمی‌تواند به ما احساس معنا و منظور در زندگی بدهد. به نظر فرانکل نبودن معنا در زندگی روان‌نژندی است. او این وضعیت را روان‌نژندی اندیشه‌زاد می‌خواند. ویژگی این حالت نبودن معنا و هدف و منظور احساس تهی بودن است (شولتز^۲، ۱۹۷۷، ترجمه خوشدل، ۱۳۸۲). فرانکل اعتقاد دارد که یافتن معنا یک انگیزش انسانی اولیه است. سایر محققان نیز معتقد هستند جستجوی معنا نوعی کنش سازگاری دارد (سیلور^۳ و همکاران، ۱۹۸۳).

در تعریف دیگر آمده است لوگوتراپی یا معنادرمانی در ساده‌ترین تعریف عبارت است از رهگذر معنا یا شفابخشی از رهگذر معنا (فرانکل، ۱۹۶۹، به نقل از لوگاس^۴، و زوانگ هیرش^۵، ۲۰۰۲). وظیفه لوگوتراپی این است که بیمار را در یافتن معنا در زندگی، اندیشه‌های پنهانی وجود و معنای نهفته آن یاری دهد. در لوگوتراپی انسان به عنوان موجودی ناشناخته است که توجه ویژه‌ای به یافتن معنا در زندگی و شکوفایی ارزش‌ها دارد (دژکام، ۱۳۶۷).

سه شیوه معنابخشیدن به زندگی عبارت هستند از: ۱- ارزش‌های خلاق^۶، ۲- ارزش‌های تجربی^۷، ۳- ارزش‌های نگرشی^۸ (شولتز، ۱۳۸۴).

۱- ارزش‌های خلاق: خلاقیت یعنی اضافه کردن، استفاده کردن از استعدادها در راه‌های مختلف مثل خلق یک اثر هنری.

۲- ارزش‌های تجربی: اگر لازمه ارزش‌های خلاقه ایثار و عرضه به جهان است. لازمه ارزش‌های تجربی دریافت از جهان است. این پذیرا شدن می‌تواند به اندازه آفرینندگی معنا بخش باشد.

-
1. Wong
 2. Schultz
 3. Silver
 4. Lukas
 5. Zwang Hirsh
 6. Creative values
 7. Experiential values
 8. Attitudinal values

۳- ارزش‌های نگرشی: به اعتقاد فرانکل، سرنوشت عینی، بدان پایه دلسردکننده و ویرانگر نیست که گرایش ما به آن است؛ به عقیده فرانکل، در ناپیمودنی‌ترین و نومیدترین و ظاهراً در یأس‌آورترین وضعیت‌هاست که می‌توان عظیم‌ترین معنا را یافت و در چنین شرایطی نیاز به معنایابی جان می‌گیرد.

فرایند درمان شامل سه مرحله است که توسط لوکاس و زوانگ هیرش (۲۰۰۲) ارائه شده است. الف - تشخیص^۱: جمع‌آوری اطلاعات از طریق سابقه دارو، مصاحبه تشخیصی، آزمون‌های روانی را شامل می‌شود.

ب - درمان^۲: مراجع در این مرحله امیدوار است که مسائل او حل شود. درمان‌گر هم مشتاق و هم‌دل است که درمان تمامیت شخص را دربرگیرد. بنابراین، دارودرمانی، روان‌درمانی و معنایابی با یکدیگر یا یکی پس از دیگری ممکن است وارد عمل شود. هدف معنادرمانی کامل کردن روان است نه گرفتن جای آن.

ج - پیگیری^۳: وقتی درمان خاتمه یافت زندگی ادامه دارد و فشارهای روانی خود را بر فرد تحمیل می‌کنند. لذا پس از اتمام درمان لازم است فرد راه‌هایی برای غنی کردن نظام ارزشی خود پیدا کند و پتانسیل‌های خیالی زندگی روزمره خود را کشف کند و بر اساس داده‌هایی که از مراحل قبل در دست است جلسه‌های پیگیری می‌کوشند تا به فرد کمک کنند تا انتخاب‌ها و اهداف جدید را برگزیند و کارکرد مناسبی داشته باشد. در پژوهش حاضر برای اجرای روش معنادرمانی از فنون گفتگوی سقراطی^۴، قصد متناقض^۵، واکنش مفرط^۶، اندیشه‌زدایی^۷، تصحیح نگرش‌ها^۸ و پرسش از مراجعان درباره معنا^۹ استفاده شده است. با توجه به اهمیت موضوع و مطالبی که ذکر شد در پژوهش حاضر سعی شده است که اثربخشی مشاوره گروهی بر کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی بررسی شود.

-
1. Diagnosis
 2. Cure
 3. Pursue
 4. Soghrati conversation
 5. Hyper intention
 6. Hyper Reflection
 7. Eradication
 8. The edition writing
 9. Ask volunteers som questions about meaning

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت هستند از :

- ۱- مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی بر کاهش یأس در دستیابی به خواسته‌ها^۱ مؤثر است.
- ۲- مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی بر کاهش نومییدی درباره آینده^۲ مؤثر است.
- ۳- مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی بر نگرش نسبت به آینده^۳ مؤثر است.
- ۴- مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی بر دورنمای زندگی^۴ آینده مؤثر است.
- ۵- مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی در افزایش اعتماد به آینده^۵ مؤثر است.
- ۶- مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی بر کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر است.

روش پژوهش

روش پژوهش شبه تجربی به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله اسفند ماه شهرستان زرنند را شامل بود که جمعاً ۵۶ نفر بودند و پژوهشگر موفق شد از بین ۵۶ نفر، پرسشنامه ناامیدی را به ۴۳ نفر (آنهایی که مرتباً هر ماه یک یا دو جلسه با بهزیستی در ارتباط بودند)، ۱۸ نفر زن و ۲۵ نفر مرد، بدهد که از بین این ۴۳ نفر، ۳۹ نفر ناامیدی بیشتری داشتند، انتخاب و به روش نمونه گیری تصادفی ساده، ۲۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. سپس از هر دو گروه در شرایطی یکسان پیش آزمون بعمل آمد بعد گروه آزمایش همان گروهی که در مشاوره معنادرمانی شرکت کردند و به مدت ۱۰ هفته و هر هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته برگزار شد. گروه کنترل که هیچ گونه مشاوره‌ای دریافت نکردند و در جلسات مشاوره گروهی معنادرمانی شرکت نداشتند و در پایان پس آزمون بعد از یک ماه به عمل آمد پژوهشگر

-
1. disappointment in reaching one's goals
 2. hopelessness about the future
 3. attitude toward the future
 4. the life perspective
 5. trust in the future

نتایج حاصل از پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل را تجزیه و تحلیل کرد.

ابزار اندازه گیری

ابزار اصلی پژوهش حاضر پرسشنامه ناامیدی بک است. مقیاس ناامیدی بک (۱۹۷۴) برای بررسی و اندازه گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. این مقیاس را بک و همکارانش در مرکز شناخت درمانی دانشگاه پنسیلوانیا ابداع کردند. این آزمون ۲۰ جمله دارد که طرز فکر و روحیه فرد را بیان می کند. جملات به صورت صحیح یا غلط جواب داده می شوند. دامنه نمرات بین (۰ تا ۲۰) است. این پرسشنامه را دژکام (۱۳۸۳) به منظور انطباق و هنجاریابی مقیاس ناامیدی بک در مورد دانشجویان آزاد اسلامی واحد تهران برای شناخت میزان ناامیدی دانشجویان، نسخه اصلی پس از ترجمه به زبان فارسی روی یک گروه ۴۷۱ نفری از دانشجویان دختر و پسر ۹ رشته مختلف اجرا کرد. سپس اعتبار مقیاس با استفاده از ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) $0/7962$ به دست آمد که برای انجام دادن امور پژوهشی کافی است؛ برای بررسی روایی آزمون با انجام دادن تحلیل آماری به روش تحلیل مؤلفه های اصلی ۵ عامل: ۱- یأس در دستیابی به خواسته ها، ۲- نومیدی درباره آینده، ۳- نگرش نسبت به آینده، ۴- دورنمای زندگی، ۵- اعتماد به آینده، شامل ۲۰ سؤال استخراج شده که این پنج عامل بر روی هم $48/9$ درصد واریانس کل را تبیین می کند. همچنین پس از انجام دادن محاسبات جدول نرم بر اساس نمرات T با میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰ تدوین شده است. (به نقل از دژکام، ۱۳۸۳)

دستور العمل و محتوای جلسات متکی بر این منابع تدوین شد.

جلسه اول: ابتدا درباره هدف از تشکیل گروه، قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر صحبت شد و سپس هر کدام از اعضای گروه خود را به یکدیگر معرفی کردند و مشاور هم خود را معرفی کرد و تا حدودی رابطه حسنه برقرار شد و سپس درباره امید به زندگی بحث شد و افراد نگرانی های خود را توضیح دادند سپس از اعضا خواسته شد یک عبارت هدفمند از شرکت در گروه بیان کنند و قرارداد درمانی میان مشاور و اعضا بسته شد.

جلسه دوم: ابتدا از اعضا خواسته شد برداشت خود را از جلسه قبل بیان کنند سپس

اعضای گروه راجع به افزایش امید در زندگی در معلولان ضایعه نخاعی بحث کردند و برای رسیدن به این اهداف هر عضو تجربه خود را از زلزله و مشکلات پدید آمده بعد از زلزله بیان کرد و درباره احساس نومیدی و یاسی که در زندگی داشتند به بحث و بررسی مشغول شدند.

جلسه سوم: هدف جلسه سوم معنایابی بود و از هر یک خواسته شد به طور مختصر داستان زندگی خود را بیان کند و افرادی را توصیف کنند که در زندگی آن‌ها بیشترین تأثیر را بر آن‌ها گذاشته‌اند و درباره معنای نهفته در روابط آن‌ها و رنج‌های خود با اعضای گروه به بحث بنشینند. همچنین راهکارهایی برای امید به آینده به افراد ارائه شد.

جلسه چهارم: هدف این جلسه تغییر نگرش‌ها و گرفتن معنا از طریق کشف معنا بود در این جلسه شیوه‌های معناخواهی در کار و عشق و رنج آموزش داده شد. برای مثال کار یک حیطة وسیع است که انسان می‌تواند در آن به فراتر از خود برسد انسان باید به دنبال راهی باشد که خصوصیات انسانی خود را به ظهور برساند سرانجام درباره چگونگی نگرش به آینده و چگونگی تغییر و گرفتن معنا در زندگی صحبت شد.

جلسه پنجم: در این جلسه ابتدا خلاصه‌ای در خصوص تغییر نگرش آن‌ها نسبت به زندگی و تغییرات ایجاد شده در آن‌ها صحبت شد و هدف این جلسه گرفتن معنا از طریق خلق ارزش‌ها و مسئولیت پذیرفتن آن‌ها بود و همچنین با گفتن جملاتی که زندگی خود را در ده سال آینده چگونه ارزیابی می‌کنید بحث ادامه یافت.

جلسه ششم: هدف این جلسه گرفتن معنا از بین تجربه ارزش‌ها، آرزوها و امیدها بود اعضای گروه فهرستی از تجربه رضایت بخش سراسر زندگی خود را آورده و بحث کردند و به این نتیجه رسیدند که تجربه ارزش‌ها و موارد رضایت بخش و مسئولیت پذیری در پیوند با آن‌ها معنایی در بر دارد و بهتر است برای بهبود زندگی بین تجربه‌های ارزشی (خوب و خوبتر، خوب و بد، بد و بدتر) دست به انتخاب بزنند.

جلسه هفتم: بحث این هفته درباره معنای مرگ و زندگی بود و افراد درباره زندگی خود در گذشته و حال بحث کردند و هدف از زندگی را برای یکدیگر توضیح دادند و سؤال شد هدف‌های شما تا چه اندازه به زندگی امروز شما معنا می‌بخشد آیا بدون هدف می‌توان به آینده اعتماد کرد و در آخر بحث شد که ما بی‌هدف و بدون معنا بخشیدن به زندگی نمی‌توانیم زندگی مؤفقی داشته باشیم.

جلسه هشتم: هدف این جلسه غلبه بر یأس و دستیابی به خواسته‌های اعضای گروه بود که چگونه اعضا به خواسته‌های خود برسند و قرار شد که هر عضو بیوگرافی یا مشخصات خانواده خود را روی کاغذ رسم کند و به کلاس بیاورد و با اعضای گروه بحث کند و علایق اجتماعی گروه تحریک شود و بر یأس خود غلبه کند.

جلسه نهم: در این جلسه که هدف آن حمایت عاطفی از اعضا توسط یکدیگر و مشاور انجام شد و از اعضا خواسته شد که جملاتی مانند (من زمانی احساس ناامیدی می‌کنم که از طرف دیگران...) را کامل کنم و از اعضا خواسته شد که از تکنیک تجسم ابر و فن صندلی خالی حمایت کنند و در آخر هر عضو به سمت عضو دیگر برود و هرگونه که می‌خواهد به دیگری آرامش بدهد.

جلسه دهم: هدف این جلسه خلاصه و جمع بندی و اختتام بود و از اعضا خواسته شد که به‌طور خلاصه گزارشی از کار گروه را برای اعضا ارائه دهد و سپس اعضا گروه دو به دو درباره آموخته‌های خود از گروه صحبت کردند و اعضا سنجیده شدند و به سؤال‌های پرسشنامه ناامیدی پاسخ دادند و برای تجزیه و تحلیل آماری پاسخ‌نامه‌ها جمع آوری شد.

یافته‌های پژوهش

الف - توصیف داده‌های پژوهش: از آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف استاندارد استفاده شده است.

ب - تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها: با توجه به فرضیه‌های مطرح شده و نیز روش پژوهش، روش آماری مورد استفاده در این پژوهش عبارت است از تحلیل نمره های به دست آمده به وسیله کم کردن نمره پیش آزمون هر آزمودنی از نمره پس آزمون او و سپس محاسبه میانگین نمره‌ها برای هر دو گروه و سرانجام مقایسه میانگین‌های محاسبه شده به وسیله آزمون پارامتریک t.

توصیف داده‌ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های ناامیدی در مرحله پیش‌آزمون بر اساس دو گروه

آزمایش و کنترل

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
ناامیدی		گروه آزمایش	۱۲	۱۲	۲/۱۳۲
		گروه کنترل	۱۲	۱۱/۸۳	۲/۸۵۵
یأس در دستیابی به خواسته‌ها		گروه آزمایش	۱۲	۴/۹۲	۱/۳۷۹
		گروه کنترل	۱۲	۵/۱۷	۱/۸۹۹
نومیدی درباره آینده		گروه آزمایش	۱۲	۲/۰۸	۱/۰۸۴
		گروه کنترل	۱۲	۲/۱۸	۱/۲۴۰
نگرش نسبت به آینده		گروه آزمایش	۱۲	۱/۵۸	۱/۰۸۴
		گروه کنترل	۱۲	۱/۶۹	۰/۹۰۰
دورنمای زندگی		گروه آزمایش	۱۲	۲/۲۵	۰/۸۶۶
		گروه کنترل	۱۲	۲/۰۸	۰/۹۹۶
اعتماد به آینده		گروه آزمایش	۱۲	۱/۱۷	۰/۷۱۸
		گروه کنترل	۱۲	۱	۰/۷۳۹

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های ناامیدی در مرحله پس‌آزمون بر اساس دو گروه

آزمایش و کنترل

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
ناامیدی		گروه آزمایش	۱۲	۷/۹۲	۱/۵۰۵
		گروه کنترل	۱۲	۱۲/۷۵	۲/۳۰۱
یأس در دستیابی به خواسته‌ها		گروه آزمایش	۱۲	۳/۵۸	۱/۰۸۴
		گروه کنترل	۱۲	۵/۳۳	۱/۵۵
نومیدی درباره آینده		گروه آزمایش	۱۲	۱/۴۲	۰/۹۰
		گروه کنترل	۱۲	۲/۵۸	۰/۹۹۶
نگرش نسبت به آینده		گروه آزمایش	۱۲	۰/۹۲	۰/۹۹۶
		گروه کنترل	۱۲	۱/۸۳	۰/۹۳۷
دورنمای زندگی		گروه آزمایش	۱۲	۱/۵	۰/۹۰۵
		گروه کنترل	۱۲	۲/۴۲	۰/۶۶۹
اعتماد به آینده		گروه آزمایش	۱۲	۰/۵۸	۰/۶۶۹
		گروه کنترل	۱۲	۰/۵۸	۰/۵۱۵

تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها

جدول ۳: آزمون همسانی واریانس‌ها

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه معناداری
نامامیدی		گروه آزمایش	۱۲	۱۲	۲/۱۳۲	۰/۱۶۵	تفاوت معناداری وجود ندارد
		گروه کنترل	۱۲	۱۱/۸۳	۲/۸۵۵		
یأس در دستیابی به خواسته‌ها		گروه آزمایش	۱۲	۴/۹۲	۱/۳۷۹	۰/۳۷	"
		گروه کنترل	۱۲	۵/۱۷	۱/۸۹۹		
نومیدی درباره آینده		گروه آزمایش	۱۲	۲/۰۸	۱/۰۸۴	۰/۲۱	"
		گروه کنترل	۱۲	۲/۱۸	۱/۲۴۰		
نگرش نسبت به آینده		گروه آزمایش	۱۲	۱/۵۸	۱/۰۸۴	۰/۲۷۲	"
		گروه کنترل	۱۲	۱/۶۹	۰/۹۰۰		
دورنمای زندگی		گروه آزمایش	۱۲	۲/۲۵	۰/۸۶۶	۰/۴۴۸	"
		گروه کنترل	۱۲	۲/۰۸	۰/۹۹۶		
اعتماد به آینده		گروه آزمایش	۱۲	۱/۱۷	۰/۷۱۸	۰/۷۲	"
		گروه کنترل	۱۲	۱	۰/۷۳۹		

در جدول ۳ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل در هر شش مؤلفه آورده شده است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار t محاسبه شده در شش مؤلفه با درجه آزادی (df=۱۲+۲-۱۲=۲۲) از مقدار t جدول (t=۲/۵۰۸) کوچکتر است بنابراین، تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون دو گروه وجود ندارد و در نتیجه دو گروه همگن هستند.

فرضیه اول :

رویکرد معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش یأس در دستیابی به خواسته‌ها در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر است.

جدول ۴: اجرای آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات یأس در دستیابی به خواسته‌ها در معلولان ضایعه نخاعی

گروه‌ها	شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین افتراقی نمرات	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	نسبت t	df	Sig سطح معناداری
گروه آزمایش		۱۲	-۱/۳۳۳	۰/۷۷۸	۰/۲۲۵				
گروه کنترل		۱۲	۰/۱۶۷	۱/۲۶۷	۰/۳۶۶	-۱/۵	-۳/۵۱۲	۲۲	۰/۰۱
کل		۲۴							

در جدول ۴ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های نمره افتراقی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در بعد یأس در دستیابی به خواسته‌ها آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار t محاسبه شده ($t = -3/512$) با درجه آزادی ($df = 12 + 12 - 2 = 22$)، از مقدار t جدول ($t = 2/508$) در سطح ۹۹٪ بزرگتر است. بنابراین، فرض صفر H_0 پژوهش رد می‌شود و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه گرفته می‌شود که بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد و به عبارت دیگر تفاوت مشاهده شده در میانگین‌ها تصادفی نیست و جلسات معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش یأس در دستیابی به خواسته‌ها در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر بوده است.

فرضیه دوم:

رویکرد معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نومییدی در آینده در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر است.

جدول ۵: اجرای آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات نومییدی درباره آینده در معلولان ضایعه نخاعی

گروه‌ها	شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین افتراقی نمرات	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	نسبت t	df	Sig سطح معناداری
گروه آزمایش		۱۲	-۰/۶۶۷	۰/۶۵۱	۰/۱۸۸				
گروه کنترل		۱۲	۰/۵	۰/۵۲۲	۰/۱۵۱	-۱/۱۶۷	-۴/۸۶۲	۲۲	۰/۰۰۱
کل		۲۴							

در جدول ۵ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های نمره افتراقی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در بعد نومییدی درباره آینده آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار t محاسبه شده ($t = -4/862$) با درجه آزادی ($df = 12 + 12 - 2 = 22$)، از مقدار t جدول ($t = 2/508$) در سطح ۹۹٪ بزرگتر است. بنابراین، فرض صفر H_0 پژوهش رد می‌شود و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه گرفته می‌شود که بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد و به عبارت دیگر تفاوت مشاهده شده در میانگین‌ها تصادفی نیست و جلسات معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نومییدی درباره آینده در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر بوده است.

فرضیه سوم:

رویکرد معنادرمانی به شیوه گروهی بر نگرش نسبت به آینده در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر است.

جدول ۶: اجرای آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی و گروه آزمایش و کنترل در نمرات نگرش نسبت به آینده در معلولان ضایعه نخاعی

شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف	خطای	تفاوت	نسبت t	df	Sig	سطح معناداری
تعداد	افتراقی	استاندارد	انحراف	میانگین‌ها				
نمرات		استاندارد	استاندارد					
۱۲	-۰/۵۸۳	۱/۳۱۱	۰/۳۷۹	-۰/۸۳۳	-۲/۵۵۵	۲۲	۰/۰۱	گروه آزمایش
۱۲	۰/۲۵۰	۰/۷۵۴	۰/۲۱۸					گروه کنترل
۲۴								کل

در جدول ۶ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های نمره افتراقی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در بعد نگرش نسبت به آینده آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار t محاسبه شده ($t = -2/555$) با درجه آزادی ($df = 12 + 12 - 2 = 22$)، از مقدار t جدول ($t = 2/508$) در سطح ۹۹٪ بزرگتر است. بنابراین، فرض صفر H_0 پژوهش رد می‌شود و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه گرفته می‌شود که بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد و به عبارت دیگر تفاوت مشاهده شده در میانگین‌ها تصادفی

نیست و جلسات معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نومییدی درباره آینده در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر بوده است.

فرضیه چهارم :

رویکرد معنادرمانی به شیوه گروهی بر دورنمای زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر است.

جدول ۷: اجرای آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات دورنمای زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله

شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف	خطای	تفاوت	نسبت t	df	Sig	سطح معناداری
تعداد	افتراقی	استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین‌ها				
۱۲	-۰/۷۵۰	۰/۶۲۲	۰/۱۷۹					
۱۲	۰/۳۳۳	۰/۸۸۸	۰/۲۵۶	-۱/۰۸۳	-۳/۴۷۱	۲۲	۰/۰۱	
۲۴								کل

در جدول ۷ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های نمره افتراقی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در بعد دورنمای زندگی آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار t محاسبه شده ($t = -۳/۴۷۱$) با درجه آزادی ($df = ۱۲ + ۱۲ - ۲ = ۲۲$)، از مقدار t جدول ($t = ۲/۵۰۸$) در سطح ۹۹٪ بزرگتر است. بنابراین، فرض صفر H_0 پژوهش رد می‌شود و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه گرفته می‌شود که بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد و به عبارت دیگر تفاوت مشاهده در میانگین‌ها تصادفی نیست و جلسات معنادرمانی به شیوه گروهی بر دورنمای زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر بوده است.

فرضیه پنجم :

رویکرد معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش اعتماد به آینده در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر است.

جدول ۸: اجرای آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات اعتماد به آینده در معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله

شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین افتراقی نمرات	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	نسبت t	df	Sig سطح معناداری
گروه آزمایش	۱۲	-۰/۵۸۳	۰/۵۱۵	۰/۱۴۹				
گروه کنترل	۱۲	-۰/۴۱۷	۰/۷۹۳	۰/۲۲۹	-۰/۰۶۶	-۰/۲۴۲	۲۲	۰/۰۵
کل	۲۴							

در جدول ۸ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های نمره افتراقی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در بُعد اعتماد به آینده آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار t محاسبه شده ($t = -۰/۲۴۲$) با درجه آزادی ($df = ۱۲ + ۱۲ - ۲ = ۲۲$)، از مقدار t جدول ($t = ۱/۷۱۷$) در سطح ۰/۰۵ کوچکتر است. بنابراین، فرض صفر H_0 پژوهش تأیید می‌شود و با اطمینان ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود که بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد و به عبارت دیگر تفاوت مشاهده در میانگین‌ها تصادفی است و جلسات معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش اعتماد به آینده در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر نبوده است.

فرضیه ششم:

رویکرد معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر است.

جدول ۹: اجرای آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات ناامیدی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله

شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین افتراقی نمرات	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	نسبت t	df	Sig سطح معناداری
گروه آزمایش	۱۲	-۴/۰۸۳	۱/۳۷۹	۰/۳۹۸				
گروه کنترل	۱۲	۰/۸۳۳	۱/۴۰۳	۰/۴۰۵	-۴/۹۱۶	-۸/۶۸۵	۲۲	۰/۰۰۱
کل	۲۴							

در جدول ۹ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های نمره افتراقی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در نمرات ناامیدی آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار t محاسبه شده ($t = -1/685$) با درجه آزادی ($df = 12 + 12 - 2 = 22$)، از مقدار t جدول ($t = 2/508$) در سطح ۹۹٪ بزرگتر است. بنابراین، فرض صفر H_0 پژوهش رد می‌شود و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه گرفته می‌شود که بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد و به عبارت دیگر تفاوت مشاهده شده در میانگین‌ها تصادفی نیست و جلسات معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش بیان‌کننده این است که میزان یأس در دستیابی به خواسته‌های آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی دریافت کرده‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی را دریافت نکرده‌اند کاهش یافته است. لذا آموزش معنادرمانی در کاهش میزان یأس در دستیابی به خواسته‌ها در زندگی معلولان ضایعه نخاعی مؤثر بوده است. یافته‌های فرضیه اول با پژوهش‌های کارسون (۲۰۰۰)؛ بریتبارت^۱ و همکاران (۲۰۰۴)؛ هاجیتون و چپمن^۲ (۲۰۰۵) به نقل از محمد پور، (۱۳۸۵)؛ سوزیچ^۳ و همکاران (۲۰۰۶)؛ رودینی (۱۳۸۵)؛ شیخ پور (۱۳۸۵) همخوانی دارد که اثربخش بودن رویکرد معنادرمانی گروهی بر کاهش یأس در دستیابی به خواسته‌ها را مؤثر می‌دانند.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که معنادرمانی در درمان اختلالات متعدد روانی مؤثر است و معنادرمانی یکی از روش‌های روان درمانی هستی‌گرایانه است، به‌ویژه برای درمان بیماران ضایعه نخاعی و سرطانی که بیماری آن‌ها شدید و درمان امکان‌ناپذیر به نظر می‌رسد و دچار گم‌گشتگی معنا در زندگی شده‌اند و یأس و ناامیدی زیادی دارند این روش می‌تواند به‌طور ملاحظه‌پذیری به آن‌ها کمک کند در همین راستا شرکت در گروه نقشی مهم را ایفا

-
1. Britbart
 2. Hachinton & Chapman
 3. Southwick

می‌کند، زیرا افراد متوجه می‌شوند که سایر افراد نیز مشکل دارند و چگونگی حل مشکل در گروه احتمال بهبودی را افزایش می‌دهد. همان‌گونه که رودینی (۱۳۸۵) این روش را در ارتقاء سلامت روان، حتی اختلالات شدید روانی مؤثر می‌داند.

همچنین این پژوهش نشان داد که میزان ناامیدی درباره آینده در آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی دریافت کرده‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی را دریافت نکرده‌اند کاهش یافته است. لذا آموزش معنادرمانی در کاهش میزان ناامیدی درباره آینده در زندگی معلولان ضایعه نخاعی مؤثر بوده است.

یافته‌های فرضیه دوم با نتایج پژوهش‌های ابر^۱ (۱۹۷۵ به نقل از قنبری هاشم آبادی، ۱۳۸۳)؛ تامسون^۲ و همکاران (۲۰۰۳) بلر^۳ (۲۰۰۴)؛ سوزیچ و همکاران (۲۰۰۶)؛ رودینی (۱۳۸۵)؛ شیخ پور (۱۳۸۵) همخوانی دارد که اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی را بر کاهش ناامیدی درباره آینده و امید به زندگی را گزارش کرده‌اند.

در تبیین این فرضیه که معنادرمانی به شیوه گروهی بر نگرش افراد نسبت به آینده مؤثر است می‌توان گفت که نومییدی درباره آینده در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی نسبتاً شایع است زیرا تصور درمان و بهبودی برای این‌گونه بیماران بسیار دشوار است. بنابراین، معنادرمانی گروهی می‌تواند نومییدی را کاهش داده و امید نسبت به آینده را افزایش دهد به همین دلیل استفاده از چنین روشی نقشی مؤثر در بهبود زندگی و افزایش عملکردهای فرد دارد. همان‌گونه که تامسون و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند معنادرمانی تأثیر زیادی بر افزایش سازگاری و امید به زندگی دارد و هدایتی (۱۳۸۵) کاهش ناامیدی درباره آینده را در زندگی بسیار مهم می‌داند.

یافته دیگر این پژوهش بیان‌کننده این است که میزان بهبود نگرش نسبت به آینده در آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی دریافت کرده‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی را دریافت نکرده‌اند افزایش یافته است. لذا آموزش معنادرمانی در بهبود نگرش نسبت به آینده در زندگی معلولان ضایعه نخاعی مؤثر بوده است.

یافته‌های فرضیه سوم با پژوهش‌های ابر (۱۹۷۵ به نقل از قنبری هاشم آبادی، ۱۳۸۳)؛

1. Eber
2. Thompson
3. Blair

کومار^۱ (۱۹۹۵) به نقل از عباس آبادی، (۱۳۸۳)؛ آکاجی و باس^۲ (۱۹۷۵) به نقل از هدایتی، (۱۳۸۵)؛ گواهی (۱۳۸۴)؛ رودینی (۱۳۸۵)؛ شیخ پور (۱۳۸۵) همسو است مبنی بر این‌که مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی بر نگرش نسبت به آینده اثربخش است.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که معنادرمانی به شیوه گروهی نگرش افراد نسبت به آینده را تغییر می‌دهد. نگرش تأثیر زیادی بر رفتار افراد دارد. به همین دلیل در صورت تغییر آن اثرات مهم عینی در رفتار مراجع دیده می‌شود و به همین دلیل بررسی تغییر در نگرش اهمیت دارد که این فرضیه تأیید شد. در همین رابطه کومار (۱۹۹۵) به نقل از عباس آبادی، (۱۳۸۳) تأثیر معنادرمانی را بر نگرش منفی بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب نسبت به زندگی را تأیید می‌کند و گواهی (۱۳۸۴) معنادرمانی را در رفتار افراد مفید می‌داند که ناشی از تغییر نگرش آنهاست.

همچنین این پژوهش نشان می‌دهد که مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی بر دورنمای زندگی آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی دریافت کرده‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی را دریافت نکرده‌اند تأثیر داشته است. لذا آموزش معنادرمانی بر دورنمای زندگی معلولان ضایعه نخاعی مؤثر بوده است. یافته‌های فرضیه پنجم با نتایج پژوهش‌های کازدین^۳ (۱۹۹۱)؛ بلر (۲۰۰۴)؛ بریتبارت و همکاران (۲۰۰۴)؛ گواهی (۱۳۸۴)؛ شیخ پور (۱۳۸۵) همسو است که سودمندی مشاوره گروهی معنادرمانی گروهی بر دورنمای زندگی را گزارش کرده‌اند.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که معنادرمانی می‌تواند دورنمای زندگی افراد را نسبت به آینده تغییر دهد. تصور فرد از آینده و خوش‌بینی و بدبینی در سلامت روان افراد، به ویژه بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی نقشی مهم دارد و به همین دلیل تأثیر روش‌های درمانی بر آن بسیار مهم است. در رابطه با این فرضیه بلر (۲۰۰۴) اثربخشی این روش را بر دورنمای زندگی و قنبری (۱۳۸۶) سودمندی این روش را بر سلامت روان تأیید کردند که این روش در بهبودی مشکلات جسمانی و روانی افراد نقش بسیار مهمی دارد.

1. Komar
2. Akaji & Bass
3. kazdin

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر آن است که میزان اعتماد به آینده در آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی دریافت کرده‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی را دریافت نکرده‌اند تغییر نکرده است. لذا آموزش معنادرمانی بر افزایش اعتماد به آینده در زندگی معلولان ضایعه نخاعی مؤثر نبوده است.

یافته‌های فرضیه پنجم با نتایج پژوهش شیخ پور (۱۳۸۵)، تحت عنوان «تأثیر مشاوره گروهی معنادرمانی در افزایش امید به زندگی و زیر مقیاس اعتماد و امید به آینده»، همخوانی ندارد. شایان ذکر است که پژوهش‌های خارجی هماهنگ یا ناهماهنگ در زمینه اثربخشی روش معنادرمانی بر افزایش اعتماد به آینده یافت نشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت به دلیل این که این مقیاس بر اساس تصور خوش شانسی توسط مراجع و تصور تداوم آن ارزیابی می‌شود معنادرمانی ظاهراً نمی‌تواند آن را تغییر دهد. در واقع خوش شانسی و بدشانسی بر اساس ملاک‌های بیرونی ارزیابی می‌شود و افرادی که به آن اعتقاد دارند معمولاً شانس را مهم می‌دانند و توانایی و اعمال خود را بی‌نتیجه تصور می‌کنند. به همین دلیل در معنادرمانی به ویژه درباره معلولان ضایعه نخاعی باید بر تغییر شناخت افراد در زمینه منبع کنترل تأکید شود. در توجیه اختلاف پژوهش حاضر با پژوهش شیخ پور (۱۳۸۵)، که احتمالاً در آن روش معنادرمانی بر تغییر شناخت و منبع کنترل مراجعان تأکید شده، همخوان نیست.

همچنین این پژوهش نشان داد که میزان ناامیدی آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی دریافت کرده‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که آموزش معنادرمانی را دریافت نکرده‌اند کاهش یافته است. لذا آموزش معنادرمانی در کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی مؤثر بوده است.

یافته‌های فرضیه ششم با پژوهش‌های گون^۱ (۱۹۹۷) به نقل از یوسفی، (۱۳۸۵)؛ کارسون (۲۰۰۰)؛ آجاجی و باس (۲۰۰۱) به نقل از هدایتی، (۱۳۸۵)؛ اینیوتی و دیویس^۲ (۲۰۰۳) به نقل از سعیدی، (۱۳۷۶) تامسونو و همکاران (۲۰۰۳) هاجیتون و چپمن (۲۰۰۵) به نقل از محمد پور، (۱۳۸۵)؛ سوزیچ و همکاران (۲۰۰۶)؛ شیخ پور (۱۳۸۵)؛ هدایتی (۱۳۸۵) پور ابراهیمی (۱۳۸۵)؛

1. Koven
2. Inyouti & Davise

قنبری (۱۳۸۶) همخوانی دارد که سودمندی نظریه معنادرمانی را در کاهش ناامیدی گزارش کردند.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت به طور کلی می‌توان روش مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی را بر کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی مؤثر دانست. این روش شامل کمک به مراجع است تا در زندگی خود معنایی پیدا کند و در جستجوی معنا باشد. این پژوهش نشان داد که روش فوق می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش ناامیدی، نگرش به آینده، دورنمای زندگی و کاهش یأس این گونه افراد داشته باشد و امید به زندگی را افزایش دهد. هر چند اعتقاد به شانس و فقدان اعتماد به آینده را نمی‌تواند کاهش دهد. به همین دلیل می‌توان این روش را بسیار مؤثر دانست و در اختلالات مختلف مرتبط با ناامیدی در زندگی استفاده کرد. هر چند که باید از شیوه‌های ترکیبی برای افزایش اعتماد به آینده استفاده کرد یا روش‌های درمانی که می‌تواند این اعتماد را افزایش دهد در کنار آن به کار برد. همان‌گونه که آکاجی و باس (۲۰۰۱ به نقل از رودینی، ۱۳۸۵) اثرات رویکرد مشاوره گروهی معنادرمانی را بر کاهش پرخاشگری و اضطراب مؤثر می‌دانست و شیخ پور (۱۳۸۵) آموزش معنادرمانی را بر کاهش ناامیدی در معلولان ضایعه نخاعی بسیار مهم می‌داند.

پیشنهاد می‌شود:

- ۱- مشاوران و درمانگران به رویکرد معنادرمانی توجه بیشتری کرده و پژوهش‌های بیشتری در حوزه معنادرمانی و مشاوره گروهی انجام شود.
- ۲- به مددکاران هلال‌احمر آموزش معنا درمانی داده شود. زیرا آن‌ها مسئولیت کمک به افراد در حال بحران را به هنگام وقوع حوادث ناگوار به عهده دارند. چون می‌توانند با استفاده از مفاهیم معنادرمانی به افراد حادث دیده بهتر کمک کنند.
- ۳- سازمان نظام روانشناسی و مشاوره با گذاشتن کارگاه‌های معنادرمانی به منظور آشنایی هر چه بیشتر پزشکان و پرستاران با مفاهیم معنادرمانی و کمک به افرادی که دچار ناامیدی می‌شوند آمادگی کسب کنند.
- ۴- آموزش خانواده‌های دارای معلول ضایعه نخاعی یا جسمی و حرکتی مؤثر است زیرا این محدودیت جسمی بر کل خانواده اثر می‌گذارد.
- ۵- در آموزش مداخلات روانی و اجتماعی پس از بحران می‌توان از راهبردهای

معنادرمانی به شیوه گروهی در بازیابی تعادل روانی افراد حادثه دیده نهایت استفاده را کرد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود که به شرح زیر ذکر می‌شود:

۱- به دلیل مشکلات ارتباطی و انزوای ناشی از معلولیت، بعضی از معلولان قادر به پذیرفتن دعوتنامه برای شرکت در گروه نبودند به همین دلیل افراد گروه کنترل و آزمایش ۲۴ نفر انتخاب شدند.

۲- به دلیل محدودیت‌های جسمی که معلولان در رفت و آمد از خانه تا مرکز بهزیستی داشتند و نبود وسیله نقلیه مناسب برای حمل و نقل و مشکلات ناشی از آن بر روحیه آنها بی‌تأثیر نبود.

۳- بعضی از افراد گروه کنترل ادرار نداشتند و با داشتن سوند به همراه خود یک سری نگرانی‌های روحی راجع به این وضعیت آنها را آزار می‌داد گرچه سعی شد با حمایت یاورانه پژوهشگر از میزان این نگرانی‌ها کاهش یابد، اما باز هم بی‌تأثیر نبود.

۴- معلولان ضایعه نخاعی که به دلیل زلزله دچار معلولیت شده‌اند به دلیل صدمات ناشی از زلزله دچار PTSD می‌شوند و این علائم ممکن است چندین سال در افراد باقی بماند. این عوامل بر روند کار گروه تأثیرگذار بود.

منابع

- اسلامی نسب، علی، (۱۳۷۲). روان‌شناسی جانبازی و معلولیت، تهران، صفی‌علیشاه، چاپ اول.
- افروز، غلامعلی، (۱۳۸۱). افسردگی در کودکان و پیشگیری‌های اولیه. نشریه ماهانه آموزشی تربیتی پیوند، شماره ۲۷۷، ص ۲۰-۲۶.
- پور ابراهیمی، حسین، (۱۳۸۵). مقایسه اثر بخشی دو شیوه مشاوره گروهی معنی‌درمانی با مشاوره فردی چند الگویی بر کاهش افسردگی سالمندان آسایشگاه‌های تهران، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علانه طباطبایی.
- دژکام، محمود، (۱۳۶۷). نظریه‌های عمده روان‌درمانی. تهران، کروز.
- دژکام، نجمه، (۱۳۸۳). انطباق هنجاریابی مقیاس ناامیدی بک در مورد دانشجویان دانشگاه تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران مرکز.
- رفاهی، حسین، (۱۳۷۲). دیدگاه‌های نوین در پژوهش‌های روانی و اجتماعی با آسیب‌نخاعی، بولتن پزشکی مرکز ضایعات نخاعی جانبازان، سال اول، شماره چهارم.
- رودینی، بالقیس، (۱۳۸۵). بررسی سودمندی معنادرمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان دچار ویروس کاهش ایمنی انسان، (ویکا / HIV) بیماری اکتسابی کاهش ایمنی انسان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.
- سعیدی، مژگان، (۱۳۷۶). بررسی چگونگی ارتباط بین هدفمندی زندگی با احساس اضطراب و افسردگی نوجوانان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی
- سمیعی، مه‌لقا، (۱۳۶۸). بررسی امید و احساس درماندگی در بیماران قطع نخاع شده و مقایسه آن با سایر معلولان و افراد سالم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی.
- شکرکن، حسین؛ کرمی، جهانگیر و نجاریان، بهمن، (۱۳۷۶). بررسی رابطه بین سبک اسناد علی با پیامدهای روانی، (عزت نفس، ناامیدی و افسردگی) عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان پسر پیش‌دانشگاهی اهواز، خلاصه مقالات نخستین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، تهران، انجمن روان‌شناسی ایران.

اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی ۹۱

شولتز، دوان، (۱۳۸۴). روان شناسی کمال، الگوی شخصیت سالم، ترجمه گیتی خوشدل، تهران، البرز.

شیخ پور، نورالله، (۱۳۸۵). تأثیر مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی در افزایش امید به زندگی معلولان ضایعه نخاعی ناشی از زلزله شهرستان بم، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.

عباس آبادی، محمود، (۱۳۸۳). بررسی و مقایسه میزان هوش هیجانی و ناامیدی در نوجوانان پسر ۱۴ تا ۱۸ ساله ساکن در شبه خانواده‌های بهزیستی بر حسب مدت اقامت آن‌ها در سازمان با نوجوانان عادی در استان کرمان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، (۱۳۸۳). تهیه یک الگوی مداخله‌ای بر اساس رویکرد یک پارچه گرای روان درمانی گروهی و آزمون اثر بخشی آن در درمان وابستگی به مواد مخدر و افزایش سلامت روان در معتادان زندانی مرد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

قنبری، زهرا، (۱۳۸۶). اثربخشی رویکرد معنادرمانی به شیوه گروهی بر ارتقاء سلامت روان زنان آسیب دیده ناشی از زلزله در شهرستان زرنند، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

کورتین. مارال و هریسون. جونز، (۱۳۸۳). زندگی مستقل پس از ضایعه نخاعی، ترجمه تفرشی و ایروانی، تهران، حیان. چاپ اول.

گواهی، فاطمه، (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین داشتن معنا در زندگی و رضامندی از زندگی زناشویی در میان مراجعان مراکز مشاوره در مقایسه با جمعیت عادی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

محمد پوریزدی، احمد رضا، (۱۳۸۵). فرادیدی بر روانشناسی و روان درمانی وجودی، تهران، دانژه.

محمودی، هایده، (۱۳۶۶). بررسی میزان افسردگی معلولان عضو جامعه معلولان تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی ایران.

مهرآبادی، نیره، (۱۳۶۱). بررسی و مقایسه میزان افسردگی نزد پرستاران سنجش روانی و بخش زنان، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی ایران.

هدایتی، ناجی، (۱۳۸۵). اثربخشی مشاوره گروهی بر شیوه معادرمانی بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین ۱۳ تا ۱۸ سال هنرستان آزادگان سقز، رساله دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی.

یوسفی، ناصر، (۱۳۸۵). مقایسه اثر بخشی دو رویکرد مشاوره‌ای و روان در مانی، گشتالت درمانی و معادرمانی در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده شهرستان سقز، مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، دانشگاه شهید بهشتی.

Blair, R. G,(2004). Heelpin order adolscents search for meaning depression. *Journal of mental Health counseling*. Vol:2b. oct. pages:333-347.

Breitbart W, Gibson C, poppito SR, Berg A, (2004). psychotherapeutic Interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Can j psychiatry*. 49 (6): 366-72.

Beck,A. T & steer, R. A, (1988). *manual for the Beek Hoplessness scale*. San Antonion Tx psychological. Croup.

Corey, Gerald ,(1995). *Theory and practice in group counseling and therapy*. Cangage learning, 2011.

Daniel,C. lustig , (2005),The Adjustment process for in dividuuls with spinal cord Injury Rehabilitation counse ling Billetin. Vol 84. NO. 3, 15-31.

kadzin,A. E, (1991). Effectiveness of psychothevapy with children and adolescents. *Gournal of consulting and clinical psychology*,39,785-798.

Lukas, E& zwang Hirsh, B, (2002). comprenen sive Hand book of psrchotherapy. New fork: *john wiley 8 sons INC*. vol:3. pages 338-356.

Schoote, David clam pavid. A, (1987). problem solving skills in suieidul psychiatric patients. *journal of counseling and clinical psychology*. vol 55; NO 1;49 -56.

Silver, R. Boon, C& stones, M. H, (1983). Serching for meaning in mis for tune. *Making sence of incest journal of social issues page*. 81-102.

Southwick som, Gilmartin. R,MC donough. P & Morrissey. P, (2006). logotherapy as an adjunctive treatment for chronic combat related ptsD:*Ameaning – based intor vention American journal of psychotherapy.* vol 60 Issue 2.

Thompson, Jennifer, coker, James Krause & Else Henry, (2003). Purpose in life a mediator of Adjustment After spinal cord injury. *Rehabilitation psycholgy.* vol 48, lssus 2.

Wong, P. t. p, (2000). logotherapy, Available onlin at: ([http://www.meaning.Ca/articles/logotherapy, htm](http://www.meaning.Ca/articles/logotherapy.htm)).

