

اثر بخشی آموزشی معنا درمانی گروهی بر سلامت روان بیماران دیابتی شهرستان سمنان

فرشته طالبی

کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان

نام نویسنده مسئول:

فرشته طالبی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر سلامت روان بیماران دیابت شهرستان سمنان انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی شهرستان سمنان در سال ۱۳۹۶ بود. روش نمونه گیری بصورت تصادفی و حجم نمونه ۳۰ نفر بود. ابزار پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۶) بود. در این پژوهش محتوای جلسات آموزشی معنادرمانی فراتر از به شیوه گروهی طی ۱۰ جلسه بود. تجزیه تحلیل داده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس انجام گرفت. یافته‌ها بیانگر تاثیر آموزش معنا درمانی گروهی بر افزایش سلامت روان بیماران دیابتی می باشد ($P < 0.01$). بر پایه آنچه که در این پژوهش ارائه شده، افراد نمونه با آموزش روش معنادرمانی توانستند خوش بینی و معنا را در درون خود کشف کنند و سلامت روان آنها افزایش یابد و در برخورد با چالش ها به طور مسئولانه عمل نمایند.

واژگان کلیدی: معنادرمانی گروهی، سلامت روان، بیماران دیابتی.

مقدمه

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، ۱۳۸۹).

بیماری دیابت شایع ترین بیماری در کشور ایران می باشد و امروزه درصد قابل توجهی از بیماران دیابتی در کشور ایران را نوجوانان و جوانان تشکیل می دهند (بنیاد بیماری های خاص، ۱۳۹۰). بیماری مزمن بر روی تمام جنبه های زندگی فرد و دوره های مختلف زندگی او تأثیر می گذارد، گرچه تأثیر احساس شده توسط هر فرد، به دلیل خصوصیات شخصیتی مختص به او، سیستم های حمایتی و سایر عوامل تأثیرگذار ممکن است با دیگری متفاوت باشد و هر فرد تجربه ای متفاوت و ناهمسان با دیگری داشته باشد (زندى پور و همکاران، ۱۳۸۷). نوجوانان مبتلا به دیابت از نظر نیازهای اساسی همانند دیگران هستند. آنها به تغذیه مناسب، رشد جسمی و ادامه زندگی عادی نیاز دارند و گاهی در زمینه مراقبت های فردی دچار مشکل می شوند. از سویی در برابر امراض مختلف آسیب پذیری بیشتری دارند و بیشتر از افراد همسال خود در معرض اختلالات جسمی و روحی قرار می گیرند (پور ابراهیمی، ۱۳۹۱).

در سال های اخیر رویکرد جدید در حوزه روانشناسی پدیدار شده است که به "روانشناسی مثبت" معروف است. روانشناسی مثبت را علم بررسی توانمندی ها و نقاط قوت انسانی می دانند (شنايدر، ۲۰۰۵). از جمله متغیرهای مطرح در روان شناسی مثبت، سلامت روان می باشند.

در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت آمده: "سلامت روانی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی" (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاسها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مساله گشایی همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش بینی می کند (کار، ۱۳۸۷). امید به زندگی و به طور کلی، باورهای مثبت بر بیماری و سلامت روانی و جسمانی انسان تأثیر زیادی می گذارند (سیادتیان و همکاران، ۱۳۹۱). به همین دلیل، شناخت پیامدهای روانپزشکی و برخورد صحیح با آنها می تواند در بازگرداندن تعادل به خانواده کمک کند. بر این اساس این پژوهش ضمن سنجش میزان امید به زندگی و سلامت عمومی، با آموزش معنا درمانی گروهی سعی در بهبود امید به زندگی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت است.

بیان مسئله

دیابت یک اختلال سوخت و سازی (متابولیک) در بدن است. در این بیماری توانایی تولید هورمون انسولین در بدن از بین می رود و یا بدن در برابر انسولین مقاوم شده و بنابراین انسولین تولیدی نمی تواند عملکرد طبیعی خود را انجام دهد. نقش اصلی انسولین پایین آوردن قند خون توسط سازوکارهای مختلف است. دیابت دو نوع اصلی دارد. در دیابت نوع یک، تخریب سلول های بتا در پانکراس منجر به نقص تولید انسولین می شود و در نوع دو، مقاومت پیش رونده بدن به انسولین وجود دارد که در نهایت ممکن است به تخریب سلول های بتای پانکراس و نقص کامل تولید انسولین منجر شود. در دیابت نوع دو مشخص است که عوامل ژنتیکی، چاقی و کم تحرکی نقش مهمی در ابتلای فرد دارند (مارسچین^۱، ۲۰۱۲).

اما به هر حال خوشایند نبودن و طولانی و مکرر بودن رژیم های درمانی مورد استفاده می تواند سایر جنبه های زندگی را در بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت تحت تأثیر قرار دهد. به گونه ای که اثرات شدید و قابل مشاهده ای را بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران و خانواده های آن ها به ویژه برادران و خواهران داشته باشد (آیدین، یاپوگ، اکرسو، اوکتین و اولگر، ۲۰۱۲). از طرف دیگر سلامت روانی روی سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد. بسیاری پژوهشهای اخیر مشخص کرده اند که یک سری اختلال های فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی را چنین تعریف کرده است: بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقشهای اجتماعی، روانی و جسمی. بهداشت، تنها نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست (باقی، عزیز محمدی و جعفری، ۱۳۹۱).

نظریه معنا درمانی فرانکل می گوید انسان برای داشتن سلامت روان باید در پی یافتن معنایی در زندگی خود باشد و در روانشناسی فردی آدلر^۲ معنا درمانی به عنوان سومین مکتب اتریشی روان درمانی بعد از مکتب روانکاو فروید^۳ شناخته شده است. در این مکتب صحبت

^۱ - Maraschin

^۲ - Adler

^۳ - Freud

از آزادی روح انسان میباید. این مکتب بر این باور است که انسان تحت نیروی جبری و محیطی و روانی قرار ندارد. انسان حق انتخاب دارد و در برابر موقعیتهایی که قرار می‌گیرد، آزادی تصمیم‌گیری دارد و در برابر تصمیم‌های خود مسئول می‌باشد. انسان معمار سرنوشت خود است و هیچ قانون جبری خاصی وجود ندارد که او را دربند کشد. به همین جهت وظیفه اصلی معنادرمانی این است که به بیمار کمک کند تا با توسل به اندیشه و ذخایر پنهانی خود معنای وجودی خود را پیدا نماید. معنادرمانی زندگی، امری روانی است و وابستگی تمام به نگرش انسان به زندگی دارد و برای آن که زندگی فرد معنادار شود، وی باید معنای زندگی را درک نماید، تفسیر درست هستی و انسان، زندگی را معنادار میکند. البته صرف فهمیدن هدف زندگی برای معنادار شدن آن کافی نیست بلکه باید بخشهای مختلف زندگی با همدیگر ارتباط و هماهنگی داشته باشند (برجلی و رسولی، ۱۳۹۰).

معنادرمانی همانطور که توسط ویکتور فرانکل کشف شده برحال (اینجا و حال) تمرکز میکند و به جای سرزنش وقایع گذشته به بیماران برای نگاه کردن به جایگاهی که قرار دارند و جایگاهی که می‌خواهند باشند و اینکه چگونه به هدفشان برسند جهت میدهد. در این حالت فرد تشویق میشود تا مسئولیت رفتارها و نظرات خودش را بپذیرد. همانطور که اشتیاق‌ها و احساسات در هر فرد خیلی قوی هستند، تمنا برای رسیدن به معنا در او بسیار قوی است. در این جهان تنها یک مسیر معنا دار برای هر کس هست که فقط خود او می‌تواند صاحب آن مسیر باشد و به عبارتی کاملاً منحصر به فرد است (هیرچ و بیاناکا^۱، ۲۰۱۰).

خالدیان و سهرابی (۱۳۹۳) در پژوهشی، اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی مؤثر دانستند. همچنین غلامی و همکاران (۱۳۸۸) که معنا درمانی بر افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی و کاهش افسردگی بیماران مؤثر است.

باتوجه به نتایج بدست آمده از پژوهش‌های مختلف این پژوهش در صدد بررسی آن است که آیا آموزش معنا درمانی گروهی بر سلامت روان بیماران دیابت تاثیر دارد؟

روش

جامعه آماری

جامعه ی آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی شهرستان سمنان می باشد که در سال ۱۳۹۶ تحت درمان هستند.

نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به جامعه آماری و ویژگی‌های آن و برای این پژوهش، حجم نمونه ۳۰ نفر از بین مبتلایان به دیابت به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی انتخاب می‌گردد. که به طور تصادفی در دو گروه گواه (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) تقسیم می‌شوند و هر دو گروه در ابتدا پرسشنامه مقیاس سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۶) را تکمیل نمودند سپس فقط گروه آزمایش در ۱۰ جلسه آموزش معنادرمانی فرانکل به صورت گروهی شرکت داده می‌شود و پس از پایان دوره از هر دو گروه دوباره پرسشنامه‌های مقیاس سلامت روان گلدبرگ را تکمیل می‌نمودند. معیارهای ورود به پژوهش: (۱) ابتلا فرد به بیماری دیابت (۲) قرار گرفتن در دامنه ی سنی ۷ تا ۵۰ سال (۳) عدم مبتلا فرد به اختلالات روانی (۴) رضایت از انجام پژوهش

روش کار

در این پژوهش محتوای جلسات آموزشی معنادرمانی فرانکل به شیوه گروهی (رضایی و همکاران، ۱۳۸۷) به ترتیب زیر برگزار شد: جلسه اول: آشنایی دوسویه و آگاهی از منشور گروه (معرفی، بیان ساختار کلی، چگونگی روند کار و منشور گروه) جلسه دوم: آگاهی درمان جویان از مفهوم‌های بنیادین معنادرمانی (بیان فشرده ای از شرح حال فرانکل و باورهای بنیادین معنادرمانی) جلسه سوم: آگاهی از شیوه‌های معنا جویی، درک و دریافت معنای زندگی (بیان سه شیوه پیشنهادی در معنا جویی) جلسه چهارم: پذیرش آزادی فردی و مسئولیت پذیری (گفتگوی گروهی در زمینه آزادی و مسئولیت‌پذیری و مرتبط ساختن هر پنداره با واقعیت زندگی درمان جویان)

جلسه پنجم: درک و دریافت معنی عشق (گفت و گوی گروهی در زمینه عشق و معنای آن و تجربه‌های شخصی درمان جویان)

جلسه ششم: درک و دریافت معنای رنج (گفت و گوی گروهی در زمینه رنج‌های همایند با مشکلات بیماری)

جلسه هفتم: درک و دریافت معنی مرگ (گفت و گوی گروهی در زمینه گذرایی زندگی، واقعیت مرگ و معنای آن)

^۱ - Hirsch & bianaca

جلسه هشتم: درک حضور خدا در ناخودآگاه متعالی انسان (گفتگو در زمینه حضور خدا در ژرف‌ترین لایه های وجودی انسان)
 جلسه نهم: گرفتن معنای مثبت از سختی های بیماری (گفت و گوی گروهی در زمینه معنایی که درمان جویان از دشواری های بیماریشان دریافت کرده اند)
 جلسه دهم: جمع بندی گفته ها، خواننده ها و دریافته های درمان جویان (جمع بندی و بیان چکیده ای از دریافته های جلسات پیشین)

روش گردآوری اطلاعات

پرسشنامه سلامت روان:

این پرسشنامه در سال (۱۹۷۹) توسط گلدبرک و هلر به منظور غربالگری اختلالات روان شناختی غیر روان پریشی طراحی شده است و از چهار خرده مقیاس (نشانه های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه های افسردگی) تشکیل شده است که با روش لیکرت نمره گذاری می شود.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

پس از جمع آوری پرسشنامه و استخراج داده ها، ابتدا اطلاعات به صورت کدهایی بر روی برگه های مخصوص درج گردید. سپس اطلاعات کدگذاری شده به کامپیوتر داده شد. به کمک نرم افزار آماری (SPSS) آنالیز صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی، ترسیم نمودار، اندازه گیری گرایش مرکز، شاخص های مرکزی و پراکندگی) و همچنین برای برآورد و آزمون فرضیه از تحلیل کواریانس استفاده می کنیم.

داده های توصیفی

در این قسمت اطلاعات و داده های تجربی هر یک از متغیرهای تحقیق با ترسیم جداول توزیع درصدی مورد بررسی توصیفی قرار گرفته است.

توصیف نمونه مورد مطالعه:

در جدول (۱) به بررسی توزیع فراوانی نمونه پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل می پردازیم.

جدول (۱): توزیع فراوانی متغیرهای گروه آزمایش و کنترل

گروه	فراوانی	درصد
آزمایش	۱۵	۵۰
کنترل	۱۵	۵۰
جمع	۳۰	۱۰۰

با توجه به جدول توزیع فراوانی (۱)، نمونه آماری شامل ۳۰ نفر می باشد که به دو گروه مساوی، ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شده اند.

سن آزمودنی ها

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۲) بیانگر سن آزمودنی ها است.

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی آزمودنی ها به تفکیک سن

سن	فراوانی	درصد
۲۰-۲۵ سال	۵	۱۶,۶۶
۲۵-۳۰ سال	۶	۲۰,۰۰
۳۰-۳۵ سال	۷	۲۳,۳۳

۳۰,۰۰	۹	۴۰-۳۵ سال
۱۰,۰۰	۳	۴۰ سال به بالا
۱۰۰	۳۰	جمع
میانگین = ۲۷,۴۳		

همانطور که داده های جدول شماره (۲) نشان می دهد؛ ۱۶,۶۶ درصد از آزمودنی ها ۲۰-۲۵ سال، ۲۰ درصد ۲۵-۳۰ سال، ۲۳,۳۳ درصد ۳۰-۳۵ سال، ۳۰ درصد ۳۵-۴۰ سال و ۱۰ درصد ۴۰ سال به بالا هستند و میانگین سنی پاسخگویان ۳۱,۴۳ سال است.

میزان تحصیلات آزمودنی ها

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۳) بیانگر میزان تحصیلات آزمودنی ها است.

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی آزمودنی ها به تفکیک میزان تحصیلات

پایه تحصیلی	فراوانی	درصد
دیپلم	۱۱	۳۶,۶۶
فوق دیپلم	۹	۳۰,۰۰
لیسانس	۸	۲۶,۶۶
فوق لیسانس	۲	۶,۶۶
جمع	۳۰	۱۰۰

همانطور که داده های جدول شماره (۳) نشان می دهد؛ ۳۶,۶۶ درصد از آزمودنی ها دیپلم، ۳۰ درصد از آزمودنی ها فوق دیپلم، ۲۶,۶۶ درصد از آزمونی ها لیسانس و ۶,۶۶ درصد از آزمودنی ها فوق لیسانس هستند.

توصیف نتایج پیش آزمون و آزمون نهایی سلامت روان در دو گروه:

جدول (۴): آماره های توصیفی سلامت روان در پیش آزمون و آزمون نهایی در دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
آزمایش	۱۵	۴۷/۳۱	۳/۸۲۴	۲۸	۱۱۲
	۱۵	۵۶/۸۹	۳/۱۴۷	۲۹	۱۱۲
کنترل	۱۵	۴۶/۵۵	۳/۸۴۶	۲۸	۱۰۹
	۱۵	۴۶/۱۸	۳/۹۱۲	۲۸	۱۱۱

در جدول (۴)، آماره های توصیفی سلامت روان در پیش آزمون و آزمون نهایی، دو گروه آزمایش و کنترل، آورده شده است.

میانگین نمرات سلامت روان در پیش آزمون گروه آزمایشی ۴۷/۳۱ و در پیش آزمون گروه کنترل ۴۶/۵۵ است. میانگین نمرات سلامت روان در پس آزمون گروه آزمایش ۵۶/۸۹ و در گروه کنترل ۴۶/۱۸ است.

داده های استنباطی

برای بررسی فرضیه ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شده است. در این نوع تحلیل باید شرط های زیر رعایت گردد تا بتوان به نتایج منتج شده اطمینان کرد. یکی از مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، بررسی همسانی ماتریکس-کوواریانس می باشد که بدین منظور از آزمون باکس استفاده شده است که در جدول (۵) آورده شده است.

جدول (۵): آزمون باکس برای بررسی همسانی ماتریس های واریانس - کوواریانس

	معنی داری	F	BOX S M
پیش آزمون	۰/۰۶۲	۲/۱۸۴	۱۵/۴۱
پس آزمون	۰/۱۴۷	۱/۵۹	۱۱/۱۹

جدول (۵) نشان می دهد مقدار سطح معناداری ($p > ۰/۰۵$) می باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس به خوبی رعایت شده است.

با استفاده از آزمون کولموگراف-اسمیرنف به بررسی نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در تمام سطوح عامل، می پردازیم. جدول (۴-۷) بیانگر آماره های آزمون کولموگراف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع کلیه متغیرها است.

جدول (۶): آماره های آزمون کولموگراف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع

متغیرها	کولموگراف-اسمیرنف	سطح معناداری	χ^2_{α}
سلامت روان	۰/۹۱۲	۰/۳۲۸	χ^2_{α}
سلامت روان	۰/۸۹۳	۰/۴۰۲	χ^2_{α}

با توجه به اینکه در جدول (۶) تمامی موارد ($p \text{ value} > ۰/۰۵$) است، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع پذیرفته و فرض خلاف، رد می شود.

به منظور مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای پژوهش بعد از کنترل اثر پیش آزمون در دو گروه از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۷) ارائه شده است.

جدول (۷): نتایج آزمون کوواریانس

زیر مقیاس ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۳۵۷/۴۵	۱	۱۴۵۰/۴۱	۵۵/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴۷
سلامت روان	۱۴۵۰/۴۱	۱	۱۴۵۰/۴۱	۵۵/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
خطا	۱۱۳۵/۱۱	۲۷	۱۹/۹۱			

با توجه به جدول (۷) مشاهده می شود بین میانگین نمرات پس آزمون سلامت روان بعد از کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه پژوهش: آموزش معنادارانی گروهی سلامت روان بیماران دیابتی را افزایش می دهد.

برای بررسی فرضیه فوق، به بررسی همگنی نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت روان می پردازیم که یکی از پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس است که جدول (۸) بیانگر این مطلب است.

جدول (۸): نتایج تحلیل واریانس برای بررسی همگنی سلامت روان

آماره لون	Df1	Df2	سطح معناداری
پس آزمون سلامت روان	۱	۲۸	۰/۳۵۴
پیش آزمون سلامت روان	۱	۲۸	۰/۳۶۱

چنانچه سطح معناداری در آزمون لون که در جدول (۸) بیشتر از ۰/۰۵ باشد می توان گفت واریانس گروه ها از تجانس برخوردار است. فرض صفر در این آزمون این است که واریانس دو گروه دارای تجانس است، با توجه به سطح معناداری جدول که از ۰/۰۵ بیشتر است فرض مقابل رد و فرض صفر قبول می شود.

پس از اطمینان از پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس به آزمون تحلیل کو واریانس مرتبط با فرضیه پژوهش می پردازیم. جدول (۹) بیانگر نتایج تحلیل کو واریانس است.

جدول (۹): نتایج تحلیل کو واریانس (ANCOVA) سلامت روان

ضریب اتا	سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	منبع واریانس
۰/۸۷۵	۰/۰۰۱	۱۲۴/۸۷	۲۴۷۸/۶۳	۲	۴۷۸۹/۳۵	مدل اصلاح شده پس آزمون
۰/۸۰۷	۰/۰۰۱	۹/۳۴۷	۱۴۷/۶۰	۱	۱۴۷/۶۰	جدا کننده پس آزمون
۰/۷۴۴	۰/۰۰۱	۶۴/۱۱	۱۱۵۹/۳۳	۱	۱۱۵۹/۳۳	پیش آزمون
۰/۸۰۲	۰/۰۰۱	۴۶/۶۶	۱۷۶۸/۶۷	۱	۱۷۶۸/۶۷	گروه
			۵۷/۱۹	۲۷	۱۱۸۷/۹۶	خطا
				۳۰	۱۵۴۷۶۴/۱۸	مجموع
				۲۹	۵۴۷۳/۳۵	مجموع اصلاح شده

با توجه به اینکه اثر گروه معنادار می باشد ($p \text{ value} < ۰/۰۱$, $F_{1,27} = ۴۶/۶۶$) می باشد، فرض صفر رد و فرض خلاف مبنی بر عدم تساوی میانگین تعدیل شده سلامت روان در آزمون نهایی، گروه آزمایش و کنترل مورد تایید قرار می گیرد. بنابر این با ۹۹٪ اطمینان و خطای کمتر از ۱٪ می توان گفت: بین میانگین سلامت روان گروه آزمایش و کنترل در آزمون نهایی، تفاوت معنادار وجود دارد و آموزش معنا درمانی گروهی بر سلامت روان بیماران دیابتی تاثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر سلامت روان بیماران دیابتی شهر سمنان بود. در راستای فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش معنا درمانی گروهی بر سلامت روان بیماران دیابتی تاثیر دارد. نتایج تحلیل کوواریانس عدم تساوی میانگین تعدیل شده سلامت روان در آزمون نهایی، گروه آزمایش و کنترل مورد تایید قرار می‌گیرد و با ۹۹٪ اطمینان و خطای کمتر از ۱٪ می‌توان گفت: بین میانگین سلامت روان، گروه آزمایش و کنترل در آزمون نهایی، تفاوت معنادار وجود دارد. یافته‌ها بیانگر تاثیر آموزش معنا درمانی گروهی بر افزایش سلامت روان بیماران دیابتی می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که؛ میزان سلامت روان گروهی که آموزش انجام دادند نسبت به گروهی که این آموزش را دریافت نکردند، بیشتر است و این امر نشان‌دهنده تأثیر مثبت این آموزش‌ها در افزایش سلامت روان است. این پژوهش با نتایج تحقیق حسن خانی (۱۳۸۶)، مشتاقی و همکاران (۱۳۹۰)، قنبری زرنندی و گودرزی (۱۳۸۷)، غلامی و همکاران (۱۳۸۸)، خالدیان و سهرابی (۱۳۹۳) و همچنین با پژوهش‌های دونه (۲۰۰۸)، گرفمی و همکاران (۲۰۱۱) همسو است و نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌نماید.

در تبیین یافته‌های این فرضیه پژوهش می‌توان گفت که آموزش معنادرمانی می‌تواند باعث بهبود سلامت روانی، سلامت جسمانی، کاهش اضطراب، بهبود عملکرد اجتماعی، کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی باشد. معنا درمانی به عنوان یک ابزار بسیار مفید و کارآمد می‌تواند جهت بهبود سلامت روانی بیماران، مورد استفاده قرار گیرد. توجه به سلامت روانی بیماران از این نقطه حائز اهمیت است که یکی از مهمترین عوامل مؤثر در بهبود وضعیت بیماران است.

نگرش فرانکل به سلامت روان تأکید عمده بر اراده معطوف به معنا می‌کند. در نظام فکری تنها یک انگیزش بنیادی وجود دارد: اراده معطوف به معنا چنان نیرومند است که می‌تواند همه انگیزش‌های 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» (شولتس، ۲۰۰۲؛ خوشدل، ۱۳۸۵). در پایان این نتیجه کلی استنباط می‌شود: که افراد نمونه با آموزش روش معنادرمانی توانستند خوش بینی و معنا را در درون خود کشف کنند و سلامت روان آنها افزایش یابد و در برخورد با چالش‌ها به طور مسئولانه عمل نمایند.

منابع و مراجع

- [۱] ادبی، راضیه (۱۳۸۵). بررسی رابطه پایگاه هویت و سلامت روانی در اوایل و اواسط نوجوانی. پایان نامه ارشد، روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [۲] افخم رضایی، زهرا؛ تبریزی، مصطفی و شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقاء سلامت زنان. اندیشه و رفتار، ۳(۹): ۶۹-۷۸.
- [۳] انصاری، پروین (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت روانی و نگرش های مذهبی بین دانشجویان ۲۰ تا ۳۰ ساله، پایان نامه ارشد، روان شناسی دانشگاه رودهن.
- [۴] بافقی، محمود؛ عزیز محمدی، ساناز، عزیز محمدی؛ و جعفری، فروغ (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روانی معلمان شهرستان اسلامشهر، فصلنامه مشاوره و روان درمانی، سال اول شماره ۲: ۷-۱۸.
- [۵] برجعلی، احمد؛ رسولی لیلی (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس بیماران مبتلا به ام اس، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی تابستان، ۱(۳): ۴۳-۵۹.
- [۶] بنی جمالی، شکوه السادات (۱۳۷۳). بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، تهران: نشر نی.
- [۷] بنیاد امور بیماریهای خاص (۱۳۹۰). مجله خاص. سال نهم، شماره ۱۴، ص ۲۸.
- [۸] پورابراهیمی طاهره (۱۳۹۱). بررسی میزان آگاهی و نگرش پرستاران در مورد بیماری دیابت در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه شهید بهشتی گیلان، ص ۱۰.
- [۹] حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۸۵)، اصول بهداشت روانی، تهران، انتشارات آوای نور.
- [۱۰] حسینیان، الهه (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی معنا درمانی 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.
- [۱۱] حمیدزاده، روشنگر؛ قمری، محمد؛ فتحی اقدم، قربان؛ آقاپور، مهدی (۱۳۹۲). اثربخشی معنادرمانی فرانکل در استرس شغلی معلمان زن. زن و مطالعات خانواده، ۶(۲۱): ۸۶-۷۱.
- [۱۲] خالدیان، محمد؛ سهرابی، فرامرز (۱۳۹۳). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی. ۱۱(۴): ۷۹-۱۰۳.
- [۱۳] خانی، حسن؛ مجدی، محمد رضا؛ منتظری، علی، حسینی، حمزه؛ و همکاران (۱۳۸۶). بررسی وضعیت سلامت روانی بیمارام مبتلا به دیابت ماژور در استان مازندران، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۹(۳۵): ۹۶-۸۵.
- [۱۴] خدا رحیمی، سیامک (۱۳۸۹). مفهوم سلامت روان شناختی، چاپ ششم مشهد: انتشارات جاودان فرد.
- [۱۵] رحیمیان، حوریه بانو (۱۳۸۸). نظریه ها و روشهای مشاوره و روان درمانی، تهران: انتشارات مهرداد.
- [۱۶] زندی پور طویه، سیف سوسن (۱۳۸۷). اختصاصات اصلی مشاوره قابل کاربرد در راهنمایی دیابت. مجله اصول بهداشت روانی؛ شماره ۷ و ۸: ص ۱۰.
- [۱۷] سادوک، جیمز؛ سادوک، آلکوت (۲۰۱۱). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- [۱۸] سودانی، منصور؛ شجاعیان، منصور و نیسی، عبدالکاسم (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. مجله پژوهشهای علوم شناختی و رفتاری، ۲(۱): ۴۳-۵۴.
- [۱۹] سیادتیان، سید حسین؛ مریم مستاجریان و امیر قمرانی (۱۳۹۱). بررسی مقایسه ای امید به زندگی و خوشبینی در دانش آموزان ناشنوا و شنوا، تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۱۱۲، صص ۱۸-۲۶.
- [۲۰] شاملو، سعید (۱۳۸۹). اصول بهداشت روان. تهران: نشر رشد.
- [۲۱] شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۸۴). فرهنگ توصیفی علوم رفتاری- شناختی. تهران: نشر اطلاعات.
- [۲۲] شعاع کاظمی نژاد، مهرانگیز؛ سعادت معصومه (۱۳۸۹). بررسی تاثیر آموزش ابعاد معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش ها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان. مجله بیماریهای پستان ایران، ۳(۱-۲): ۴۰-۴۸.
- [۲۳] شعبی، فاطمه (۱۳۹۲). معنا درمانی، چاپ دوم، تهران: نشر الکترونیک.
- [۲۴] شولتز، دوان. شولتز، سیدنی آلن (۲۰۰۱). نظریه های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۱). تهران: ویرایش.
- [۲۵] شولتز، دوان (۲۰۰۲). روانشناسی کمال، الگوی شخصیت سالم، ترجمه گیتی خوشدل (۱۳۹۰). تهران: نشر نو.

- [۲۶] شیخ پور، نورالله. (۱۳۸۵). تأثیر مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی در افزایش امید به زندگی معلولین نخاعی ناشی از زلزله بم. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران: دانشگاه خاتم الانبیا.
- [۲۷] غلامی، مریم؛ پاشا، غلامرضا؛ و سودانی، منصور. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، شماره ۴۲: ۴۵-۲۵.
- [۲۸] فرانکل، ویکتور. (۲۰۰۸). انسان در جستجوی معنی، معنی درمانی چیست؟، ترجمه دکتر نهضت فرنودی و مهین میلانی، چاپ یازدهم، تهران: انتشارات درس.
- [۲۹] فرانکل، ویکتور. (۱۹۹۶). انسان در جستجوی معنا. ترجمه نهضت صالحیان و مهین میلانی. (۱۳۸۵). تهران: انتشارات درس.
- [۳۰] قنبری زندی، زهرا؛ گودرزی، محمود. (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله. مجله تحقیقات زنان، ۲(۴): ۶۶-۵۷.
- [۳۱] کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنجامین (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی. جلد اول و دوم، ترجمه سید محمدی (۱۳۹۱)، -آغاز، چاپ ششم، تهران: انتشارات ویرایش.
- [۳۲] کار، آلن. (۱۳۸۷). روانشناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی های انسان مترجم: پاشاشریفی، حسن، نجفی زند، باقر ثنائی، جعفر، تهران: نشر سخن.
- [۳۳] کوری، جرال (۲۰۰۵). نظریه و کاربرست مشاوره و روان درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی. (۱۳۸۶). تهران: انتشارات ارسبارن.
- [۳۴] گرفمی، هاجر؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ ثنائی ذاکر، باقر. (۱۳۸۸). اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه، مجله اندیشه و رفتار، ۴(۱۳): ۴۲-۳۵.
- [۳۵] گلدنبرگ، ایرنه؛ گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۹). خانواده درمانی. ترجمه: حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی، الهام ارجمند. (۱۳۸۸). تهران: نشر روان.
- [۳۶] گلکاریان، پریسا. (۱۳۸۷). اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی بر کاهش نا امیدی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- [۳۷] گنجی، حمزه. (۱۳۹۱). /ارزشیابی شخصیت. پرسشنامه ها. تهران: نشر ساوالان.
- [۳۸] گنجی، حمزه. (۱۳۹۱). روانشناسی عمومی، چاپ هفتم، تهران: انتشارات ساوالان.
- [۳۹] محمدپور، احمدرضا. (۱۳۸۶). ویکتورامیل فرانکل بنیانگذار معنا درمانی. تهران: دانژه.
- [۴۰] مشتاقی، مرضیه؛ علامه، سید فرید؛ آقایی، اصغر. (۱۳۹۰). تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقا سلامت روان نابینایان شهر اصفهان. مجموعه مقالات اولین همایش روانشناسی سلامت اهواز.
- [۴۱] نصری، صادق، براهنی، محمد تقی و کیانی، منوچهر. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی مداخلات شناختی رفتاری بر کاهش اثرات جانبی روانشناختی در بیماران سرطانی و بهبود شیوه های مقابله با آنها. مجله پژوهش روانشناختی. دوره ۶، شماره ۳.
- [۴۲] وندر زندن، جیمز. (۲۰۰۸). روانشناسی رشد. ترجمه حمزه گنجی (۱۳۸۷). تهران: نشر ساوالان.
- [۴۳] هالچین، ریچارد؛ و ویتبورن، سوزان کراس. (۲۰۰۳). آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۱). تهران: نشر روان.
- [۴۴] هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس، پاول؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید (۲۰۰۷). رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب الله قاسم زاده (۱۳۸۶). تهران: انتشارات ارجمند.
- [45] Aydin B, Yapavk I, Akarsu D, Okten N, Ulgen M.(2012) Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with Diabet. Acta Pediatrics Japan; 39: 354-357.
- [46] dennis L. Kasper, Anthony s. fauci, stephen L. Hauser,(2015). Harrisons Principles of Internal Medicine, 19th Edition, McGraw-Hill Education: 3190-3204.
- [47] Galleri, L.; Sebastiani, G.; Vendrame, F.; Grieco, FA.; Spagnuolo, I.; Dotta, F. (2012). "Viral infections and diabetes.". Adv Exp Med Biol 7(17): 252-71.
- [48] Henzen C (2012). "Monogenic diabetes mellitus due to defects in insulin secretion". Swiss Med Wkly 14(2):1224-1253.
- [49] Hirsch, bianaca z (2010), the application logotherapy education, the International forum for Logotherapy, 18, 32-36.

- [50] Hutchinson & Chapman, B.P.(2005).logotherapy- Enhanced REBT: an integration of discovery and reason. *Journal of contemporary psychotherapy* .Vol: 35-Jul . pages:145-150.
- [51] Kyo, R. ; Suhho M. (2004). Department of Nursing , Andong science college, 496. Andony, City, Kyangbuk. 760-709 koe.
- [52] Lee, A. J.; Hiscock, R. J.; Wein, P.; Walker, S. P.; Permezel, M. (2007). "Gestational Diabetes Mellitus: Clinical Predictors and Long-Term Risk of Developing Type 2 Diabetes: A retrospective cohort study using survival analysis". *Diabetes Care* 30 (4): 878–883.
- [53] Maraschin, Jde F. (2012). "Classification of diabetes.". *Adv Exp Med Biol* 771: 12–9.
- [54] McFarlane, Philip; Gilbert, Richard E.; MacCallum, Lori; Senior, Peter (2013). "Chronic Kidney Disease in Diabetes". *Canadian Journal of Diabetes* 37: S129–S136
- [55] Metzger, B. E.; Buchanan, T. A.; Coustan, D. R.; de Leiva, A.; Dunger, D. B.; Hadden, D. R.; Hod, M.; Kitzmiller, J. L.; Kjos, S. L.; Oats, J. N.; Pettitt, D. J.; Sacks, D. A.; Zoupas, C. (2007). "Summary and Recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus". *Diabetes Care* 30 (Supplement_2): S251–S260.
- [56] Resmini, Eugenia; Minuto, Francesco; Colao, Annamaria; Ferone, Diego (2009). "Secondary diabetes associated with principal endocrinopathies: the impact of new treatment modalities". *Acta Diabetologica* 46 (2): 85–95.
- [57] Ross G (June 2006). "Gestational diabetes". *Aust Fam Physician* 35 (6): 392–6.
- [58] Sampson UK, Linton MF, Fazio S (July 2011). "Are statins diabetogenic?". *Curr. Opin. Cardiol.* 26 (4): 342–7.
- [59] Schafer, Andrew I. ; Lee A. Fleisher MD (2011). *Goldman's Cecil Medicine: Expert Consult Premium Edition -- Enhanced Online Features and Print, Single Volume (Cecil Textbook of Medicine)*. Philadelphia: Saunders.
- [60] Schneider, M. C., C. Castillo-Salgado, et al. (2005). "Summary of indicators most used for the measurement of the health inequalities." *Epidemiol Bull* 26(3): 7-10
- [61] Snyder C.R.(2005). *Handbook of Positive Psychology*, Oxford University press.125-170.
- [62] Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, S. A., Sigmon, S., & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*: 60(4):570-85.
- [63] Weist.M.D.(2001) ."Toward a public mental health promotoom and intervention syuth". *Journal of school health* .
- [64] Williams. L.(2014). *textbook of endocrinology (12th ed.)*. Philadelphia: Elsevier/Saunders.