

بررسی اثربخشی معنادرمانی برشادکامی و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سرطانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۱۵

هیمن محمود فخره^۱، علی خادمی^۲، سید رضا تسبیح‌سازان مشهدی^۳

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی روش معنادرمانی برشادکامی و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سرطانی به شیوه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. بدین منظور تعداد ۳۰ نفر از والدین مراجعه‌کننده به مؤسسه صبا در شهرستان بوکان در سال ۱۳۹۶ به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده برای گمارش در گروه‌های آزمایش و کنترل انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار spss ۲۰ و با استفاده از تحلیل کواریانس انجام شد. نتایج نشان داد که معنادرمانی برشادکامی و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سرطانی مؤثر است ($P < 0/0001$). با توجه به این نتیجه می‌توان برای ارتقای کیفیت زندگی مادران و کودکان سرطانی از معنادرمانی مدد جست.

واژگان کلیدی: معنادرمانی، شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی.

۱. دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

Email: hemanpsycho@yahoo.com

۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: dr.ali.khademi@yahoo.com

۳. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

تشخیص سرطان در دوران کودکی یک تجربه آسیب‌زا برای مراقبان آنهاست که موجب توجه روزافزون متخصصین به ارائه راهبردهایی برای والدین آنها شده است. (ونگ، کاوانف، ماکلمی، سوژورنلسون، و کوپمن، ۲۰۰۹؛ هانگربلوهر، ولراس، ولندولت، ۲۰۱۱) سالانه در جهان از هر صد هزار کودک ۳ تا ۴ کودک به سرطان مبتلا می‌گردند و در ایران نیز ۱۰۰ تا ۱۱۰ هزار نفر به سرطان مبتلا می‌شوند که ۳۵۰۰ نفر آنها کودک هستند. این موضوع فشار روانی زیادی را به فرد و خانواده وی وارد می‌کند (عباسی، شمسی‌زاده، آسایش، رحمانی، حسینی، و طالبی، ۲۰۱۰^۲، به نقل از جعفری و حسام‌پور، ۱۳۹۵). زمانی که والدین با تشخیص سرطان کودکشان روبرو می‌شوند، به طور معمول احساس گناه می‌کنند؛ چراکه بستری شدن‌های طولانی مدت به منظور درمان می‌تواند مانع ادامه زندگی طبیعی شود (ماساده، و جارا، ۲۰۱۶^۳). اثرات روانی تشخیص سرطان بر روی کودکان و والدین آنها در پژوهش‌های پاپ، ماساده و پولاپ بررسی شده است (پلات، توفکسی، کوچ‌گوکلو، و بولوت، ۲۰۱۶^۴). چون کودکان سرطانی بخش وسیعی از درمان خود را در منزل دریافت می‌کنند، این موضوع سبب تحمیل مسئولیت‌هایی بیش از مسئولیت والدینی، به والدین می‌شود؛ وظایفی مانند کنترل مصرف دارو، کنترل مسمومیت و عوارض دارویی، ارتباط با تیم درمان و... (ولز، جیمز، سستیورد، موری، و کلی، ۲۰۰۲^۵). همچنین با افزایش میزان امید به زندگی در کودکان مبتلا به سرطان، والدین نقش مهمی در مراقبت این کودکان دارند. در این بین برای مراقبت از کودک، روش معمول زندگی و همچنین نقش‌های والدینی آنها تغییر می‌یابد؛ بنابراین عملکرد خانواده برای مدت زمان کوتاه یا طولانی متحول می‌شود (دوکرتی، سیگ، و ویلیامز، ۲۰۰۳^۶؛ فرانک، و کالری، ۲۰۰۴^۸).

والدین کودکان مبتلا به سرطان، ممکن است در روند مراقبت با مشکلات فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی متعددی مواجه شوند و زندگی خانوادگی، زناشویی، شغلی، سلامت

1. Wong, M. L., Cavanaugh, C. E., Macleamy, J. B., Sojournernelson, A., & Koopman, C.
2. Hungerbuehler, I., Vollrath, M. E., & Landolt, M. A.
3. Abbasi, A., shamsizadeh, M., asayesh, H., rahmani, H., hoseini, S. A., & talebi, M.
4. Masadeh, R., & Jarrah, S.
5. Polat, S., Tufekci, F. G., Kuçukoglu, S., & Bulut, H. K.
6. Wells, D. K., James, K., Stewart, J. L., Moore, I. M., Kelly, K. P., & Moore, B.
7. Dockerty, J. D., Skegg, D. C., & Williams, S. M.
8. Franck, L. S., & Callery, P.

و زندگی اجتماعی آنها تحت تأثیر بار منفی ناشی از مراقبت این کودکان قرار گیرد. (برنمان، چوو، واگمن، فرل، جوارز، و مکایل، ۲۰۰۳). در این بین، شادکامی و بهزیستی روان شناختی والدین با چالش جدی مواجه خواهد شد.

شادکامی یعنی، مقدار ارزش مثبتی که یک فرد برای خود قائل است. (ون هون، ۲۰۰۵). شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این قضاوت از بیرون به فرد تحمیل نمی شود، بلکه حالتی درونی است که از هیجان های مثبت تأثیر می پذیرد. براین اساس، شادکامی به نگرش و ادراک شخصی مبتنی است و به حالتی مطبوع و دلپذیر دلالت دارد که از تجربه هیجان های مثبت ناشی می شود (هیلیز، و آگایل، ۲۰۰۹، به نقل از عاشوری، ۱۳۹۵). شادکامی دو جنبه دارد؛ نخست، عوامل عاطفی که نمایانگر تجربه هیجانی شادی، خشنودی و سایر هیجان های مثبت است و دیگری ارزیابی شناختی رضایت از قلمروهای مختلف زندگی که بیانگر شادکامی و بهزیستی روانی است. شادکامی امری نسبی و مبنی بر اهداف در زندگی انسان است. همچنین افراد شادکام، نگرش خوش بینانه ای نسبت به وقایع و رویدادهای پیرامون خود دارند و به جای جبهه گیری منفی نسبت به اتفاقات پیرامون خود، سعی در استفاده بهینه از این رویدادها دارند (عابدی، پاداش، و فاتحی زاده، ۱۳۹۰).

شادکامی از عوامل متعددی تأثیر می پذیرد که عبارتند از: وضعیت مالی، زندگی خانوادگی، سلامت جسمانی، معنای زندگی، جهت گیری مذهبی و سرسختی. (استرلین، ۲۰۰۶). شادکامی پیامدهای مثبت گسترده ای بر شناخت، سطح فعالیت اجتماعی و سلامتی دارد و منجر به نوعی تفکر منجر می شود که افراد را قادر می سازد مشکلات را با خلاقیت و نوآوری حل نمایند (بورلو، ۲۰۰۵، به نقل از عابدی، ۱۳۹۰). شادکامی وجوه مشترکی با بهزیستی روان شناختی دارد؛ اینکه افراد چگونه زندگی خود را ارزیابی می کنند، هم به بهزیستی روان شناختی مربوط است و هم به شادکامی (دیئر، گهم، سو، واوشی، ۲۰۰۰).

بهزیستی روان شناختی، ارزیابی های شناختی و مؤثر از زندگی تعریف شده است. این

1. Borneman, T., Chu, D. Z., Wagman, L., Ferrell, B., Juarez, G., & McCahill, L. E
2. Veenhoven, R.
3. Easterlin, R. A.
4. Diener, E., Gohm, C., Suh, E., & Oishi, S.

ارزیابی علاوه بر قضاوت‌های شناختی، شامل واکنش‌های هیجانی به وقایع و رضایت از زندگی نیز می‌شود. بنابراین، بهزیستی یک مفهوم کلی است که شامل تجربه هیجان‌های خوشایند، سطوح پایین خلق منفی و رضایت بالا از زندگی است. (دیپتر، اوشی، ولوکاس، ۲۰۰۳؛ به نقل از طاهری، یاری، صرامی، ادیب‌منش، ۱۳۹۲) بر اساس الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف، کیزولی^۱ (۱۹۹۵)، سازه بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود. از این منظر، شاخص سلامتی به عنوان نداشتن بیماری تعریف نمی‌شود، به طوری که به جای تأکید بر «بد یا بیمار بودن» بر «خوب بودن» تأکید می‌شود (ریف، و سینگر، ۲۰۰۴). بنابراین، ویژگی‌هایی مانند سازش یافتگی، شادمانی، اعتماد به خود و ویژگی‌های مثبتی از این دست، نشان دهنده سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی است. در این حالت است که مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت‌بخش و یک نیروی عظیم برای سلامتی روان مفید و کمک‌کننده باشد. چنانکه سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را نیز در تحول و تکامل انسان مطرح می‌کند. بدین ترتیب انتظار می‌رود مذهب و دستیابی به معنویت بخش مهمی از زندگی بیماران سرطانی باشد که بر ارتقای سلامت و بهزیستی آنان مؤثر است. شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهند حوادث ناخوشایند زندگی قادرند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهند (بریت بارت، روسنفلد، پشین، اپلیوم، کیولیکوسکی، ولیچنتنال، ۲۰۱۵). در این زمینه ابوالقاسمی، ساعدی و موری نجفی (۲۰۱۱) نشان دادند که معنادرمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش امیدواری زنان سرطانی مؤثر و کارآمد است. همچنین قربان علی‌پور و اسماعیلی (۲۰۱۲) در پژوهش خود دریافتند که معنادرمانی به طور معناداری اضطراب مرگ سالمندان را کاهش می‌دهد. محمدی، دخانی فرد و حیدری (۲۰۱۴) نیز در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که مداخله مبتنی بر معنادرمانی بر افزایش امید به زندگی زنان افسرده مؤثر است. مطالعات نشان می‌دهد که بدون سلامت معنوی جنبه‌های بیولوژیکی، روان‌شناسی و اجتماعی افراد به درستی کار نمی‌کند یا نمی‌تواند

1. Ryff, C. D., Keyes, C., & Lee, M.

2. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J. G., & Lichtenhal, W.

به حداکثر توانایی برسد. بنابراین، نمی توان به کیفیت بالایی از زندگی رسید (امیدواری، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش تقدسی و فهیمی فر (۲۰۱۴) نشان داد که رویکرد معنوی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می شود. همچنین کندال، پارکر، مور، باسن، راموندتا و چون^۱ (۲۰۰۶) در پژوهشی با عنوان استراتژی های مقابله ای فعال به مثابه یک میانجی گراتباطی بین مذهب - معنویت و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان تخمدان، نشان داد که ارتباط مثبتی بین مذهب - معنویت و سلامت همچنین، بین مذهب - معنویت و کیفیت زندگی در این بیماران وجود دارد. نتایج حاصل از پژوهش لوین، ارین و تود^۲ (۲۰۰۴) نشان داد که معنویت عامل مهمی در سازگاری با شرایط استرس زای ناشی از بیماری های مزمن است.

همچنین روش درمانی پژوهش حاضر یعنی؛ 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 در چالش یافتن معنا در زندگی بیماران آماده کند. این شیوه بر روی چهار علاقه مهم که ریشه در هستی انسان دارد، تأکید می کند؛ مرگ، آزادی، تنهایی و بی معنایی. (کوری، ۱۹۹۵؛ تقیپور، اعتمادی، شفیع آبادی، و صرامی، ۱۳۸۶) در واقع اصول و روش درمانی فرانکل، معنادرمانی است. معنادرمانی روشی است که در آن فرد به سمتی راهنمایی می شود که معنی زندگی خود را بیابد. بنابراین، اصول معنادرمانی تلاش برای یافتن معنی در زندگی است که اساسی ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی است (شعاع کاظمی، و سعادت، ۱۳۸۹، به نقل از خالدیان، و سهرابی، ۱۳۹۳). برخی روان شناسان مانند آلپورت (۱۹۵۴)، فرانکل (۱۹۷۲) و مازلو (۱۹۶۲) وجود معنا در زندگی را مهمترین عامل مؤثر بر کنش های روان شناختی مثبت می دانند (به نقل از سادات نواب، کلانتری، و جوادزاده، ۱۳۹۴). همچنین وجود و احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می تواند گره گشای مشکلات زندگی باشد و سبب ایجاد کنش های مثبتی در افراد شود (فرانکل، ۱۳۸۳).

معنا درمانی بر آن است که با تحقق معنا، زندگی جلوه بدیعی یابد و همه چیز حتی درد و رنج در پرتو آن قابل پذیرش و تحمل شود و این امر انسان های درون تهی و رنجور از خلأ وجودی را به اوج می کشاند. نقش معنا درمانگر وسعت بخشیدن به میدان دید بیمار است تا آنجا که معنا و ارزش ها در میدان دید و حیطه خود آگاه بیمار قرار گیرد. او به

بیمار کمک می‌کند تا برای خود معنای وجودی خود را یافته و ترغیب شود که آن را محقق سازد. برای انجام این کار، معنا درمانگر آزادی و مسئولیت یعنی، دو ویژگی بارز انسان را به بیمار برمی‌گرداند. (رنجبر، رسولی، و ثنائی، ۱۳۹۳) فرانکل به مخاطبین خود می‌آموزد که در عرصه رویارویی با مشقت‌ها هرگز میدان را به نفع سختی‌ها خالی نکنند، بلکه به شناسایی هر چه بیشتر سرچشمه آن بپردازند و معنی نهفته در پشت آن را دریابند؛ زیرا انسان همیشه حتی در سطح ناخودآگاه در ارتباطی آگاهانه با تعالی قرار دارد (فرانکل، ۱۳۸۳). رنجبردن، فرصت‌های پنهانی و نادری برای دستیابی به کمال دارد، یعنی نه تنها مذموم نیست، بلکه آثار مثبت بسیاری دارد. بر مبنای نظر فرانکل هر شری در نظام هستی خیری در خود دارد. این حقیقت راقران کریم بارها در عبارت‌ها و بیان‌های گوناگون نشان داده و به بشر تفهیم کرده است. افراد متوکل به اتفاقات زندگی معنایی می‌دهند که آنان را تعبیر و تفسیر پدیده‌های زندگی کمک می‌کند، به توازن شناختی و عاطفی آنان ممد می‌رساند و آنان را از خلاء زیستی، بی‌هدفی، پوچی و سردرگمی‌هایی می‌بخشد. (زارعی حاجی‌آبادی، و عمرانی، ۱۳۸۸) این افراد باور دارند که خیر واقعی را خداوند می‌داند:

... وعسى أن تكروها شيئا وهو خير لكم وعسى أن تحبوا شيئا وهو شر لكم والله يعلم وأنتم لا تعلمون.

.... و بسا چیزی را خوش نمی‌دارید و آن برای شما خوب است و بسا چیزی را

دوست می‌دارید و آن برای شما بد است و خدا مداند و شما نمی‌دانید. (بقره: ۲۱۶)

با توجه به اینکه والدین کودکان مبتلا به سرطان بار مراقبتی بالایی بردوش دارند، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی برشادکامی و بهزیستی روان‌شناختی والدین مادران کودکان سرطانی انجام شد تا به این مهم برسد که آیا این روش درمانی می‌تواند برشادکامی و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سرطانی اثربخش‌تر باشد.

۲. روش پژوهش

۲-۱. شیوه اجرای پژوهش

پژوهش حاضر با روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد.

۲-۲. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر را والدین کودکان سرطانی مراجعه‌کننده به مؤسسه صبا (مرکز پیشگیری و مبارزه با سرطان) شهرستان بوکان در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. ملاک ورود افراد نمونه به پژوهش، داشتن کودک سرطانی بود. براین اساس، ۳۰ نفر از مادران مراجعه‌کننده به این مرکز به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور تصادفی (هر گروه ۱۵ نفر) در گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند.

۲-۳. ابزار پژوهش

۲-۳-۱. پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد که توسط آرگیل و لو (۱۹۹۰) ساخته شده است با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. آرگیل و لو (۱۹۹۰) پایایی بازآزمایی این آزمون را ۰/۷۸ پس از ۶ هفته و ۰/۶۷ پس از ۵ ماه گزارش کرده‌اند. علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) ضریب آلفای کرونباخ فهرست شادکامی آکسفورد را ۰/۹۸ پایایی به روش دو نیمه کردن ۰/۹۲ و پایایی به روش بازآزمایی پس از سه هفته را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در تحقیق عابدی، میرشاه جعفری و لیاقت‌دار (۱۳۸۵) همبستگی این فهرست با پرسش‌نامه شادکامی فوردایس در یک نمونه ۷۲۷ نفری ۰/۷۳ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵، پایایی به روش بازآزمایی ۰/۷۳، با روش اسپیرمن براون ۰/۷۹ و با روش گوتمن ۰/۷۸ گزارش شده است. (نجفی، دهشیری، دبیری، شیخی، و جعفری، ۱۳۹۱)

۲-۳-۲. پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف

این پرسش‌نامه دارای ۸۲ گویه است که ۶ مؤلفه پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی را مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی این پرسش‌نامه در ایران با روش بازآزمایی ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ می‌باشد که از نظر آماری معنی‌دار است. (بیانی، کوچکی، و بیانی، ۱۳۸۷، به نقل از شفیع، صفورایی، و تقوایی، ۱۳۹۶)

۳. یافته‌های پژوهش

جدول ۱

شاخصه‌های آمار توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
شادکامی	(معنادرمانی)	۱۵	۱۹/۶۰	۵/۰۶	۳۷/۲۰۰	۵/۸۷	۳۵/۲۶	۵/۳۵
	کنترل	۱۵	۱۹/۷۳	۵/۶۲	۲۰/۶۰	۶/۳۸	۲۰/۹۳	۵/۳۳
بهبودی روان-شناختی	(معنادرمانی)	۱۵	۲۹۵/۲	۱۹/۷۶	۳۴۱/۹۳	۱۹/۳۳	۳۴۰/۰۰	۱۸/۸۷
	کنترل	۱۵	۲۹۵/۱۳	۲۰/۶۷	۳۰۱/۸۷	۱۹/۲۹	۳۰۰/۸۶	۱۹/۹۹
پذیرش خود	(معنادرمانی)	۱۵	۴۶/۸۶	۵/۷۱	۵۷/۰۶	۵/۴۸	۵۵/۴۶	۴/۷۴
	کنترل	۱۵	۴۷/۷۳	۴/۵۲	۴۹/۰۰	۲/۸۲	۴۷/۱۳	۲/۷۰
روابط مثبت	(معنادرمانی)	۱۵	۴۷/۶۶	۸/۴۹	۵۴/۳۳	۶/۴۸	۵۲/۴۰	۶/۱۶
	کنترل	۱۵	۴۸/۲۰	۵/۶۰	۵۰/۲۶	۶/۶۳	۴۹/۲۶	۶/۶۳
خودمختاری	(معنادرمانی)	۱۵	۴۵/۷۳	۵/۹۳	۵۳/۵۳	۵/۶۲	۵۰/۴۰	۴/۴۶
	کنترل	۱۵	۴۸/۸۰	۶/۰۳	۴۸/۰۰	۴/۸۵	۴۶/۲۰	۴/۶۷
تسلط بر خود	(معنادرمانی)	۱۵	۵۰/۹۳	۵/۵۲	۶۰/۲۰	۶/۴۷	۵۸/۰۶	۶/۰۶
	کنترل	۱۵	۵۱/۴۶	۶/۴۱	۵۲/۰۰	۵/۳۰	۵۰/۶۶	۵/۱۵
زندگی هدفمند	(معنادرمانی)	۱۵	۵۱/۳۳	۳/۸۱	۵۹/۶۰	۵/۱۹	۵۷/۳۳	۴/۹۵
	کنترل	۱۵	۴۹/۶۰	۴/۵۱	۵۰/۷۳	۵/۱۴	۴۹/۰۶	۵/۱۶
رشد فردی	(معنادرمانی)	۱۵	۵۳/۷۳	۲/۳۴	۶۰/۵۳	۵/۳۸	۵۷/۶۶	۴/۹۰
	کنترل	۱۵	۵۲/۶۰	۶/۵۸	۵۱/۶۰	۵/۶۹	۵۰/۲۰	۵/۰۰

در جدول ۱ مؤلفه‌های آمار توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود، میانگین گروه‌های آزمایش در شادکامی و بهبود روان‌شناختی افزایش پیدا کرده است.

نتایج آزمون نرمالیتی متغیرهای تحقیق (پیش آزمون و پس آزمون)

پس آزمون		پیش آزمون		تعداد	گروه ها	متغیرها
پ-مقدار	آماره	پ-مقدار	آماره			
۰/۸۶۱	۰/۹۷۰	۰/۷۹۶	۰/۹۶۶	۱۵	آزمایش	شادکامی
۰/۱۷۲	۰/۹۱۷	۰/۸۴۷	۰/۹۶۹	۱۵	کنترل	
۰/۱۲۷	۰/۹۰۸	۰/۲۲۳	۰/۹۲۴	۱۵	آزمایش	بهزیستی روان شناختی
۰/۰۶۴	۰/۸۸۹	۰/۰۵۴	۰/۸۷۵	۱۵	کنترل	
۰/۵۴۲	۰/۹۵۱	۰/۰۶۱	۰/۸۸۷	۱۵	آزمایش	پذیرش خود
۰/۲۳۹	۰/۹۲۶	۰/۹۳۳	۰/۹۷۶	۱۵	کنترل	
۰/۱۱۴	۰/۹۰۵	۰/۰۹۹	۰/۹۰۱	۱۵	آزمایش	روابط مثبت با دیگران
۰/۵۶۸	۰/۹۵۳	۰/۳۲۴	۰/۹۳۵	۱۵	کنترل	
۰/۰۹۸	۰/۹۰۱	۰/۱۰۱	۰/۹۰۲	۱۵	آزمایش	خودمختاری
۰/۱۴۹	۰/۹۱۳	۰/۰۶۲	۰/۸۸۸	۱۵	کنترل	
۰/۵۲۳	۰/۹۵۰	۰/۴۰۸	۰/۹۴۲	۱۵	آزمایش	تسلط بر محیط
۰/۸۳۱	۰/۹۶۸	۰/۳۹۵	۰/۹۴۱	۱۵	کنترل	
۰/۷۵۲	۰/۹۶۳	۰/۲۷۶	۰/۹۳۰	۱۵	آزمایش	زندگی هدفمند
۰/۶۲۸	۰/۹۵۷	۰/۴۲۰	۰/۹۴۳	۱۵	کنترل	
۰/۹۰۴	۰/۹۷۳	۰/۰۵۶	۰/۸۸۵	۱۵	آزمایش	رشد فردی
۰/۸۷۳	۰/۹۷۱	۰/۵۶۵	۰/۹۵۳	۱۵	کنترل	

با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک^۱ نرمال بودن داده‌ها بررسی شد. این آزمون برای کل داده‌ها و نیز تک تک متغیرها انجام شد. (جدول ۲) با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۲، فرض نرمال بودن داده‌ها پذیرفته شد و برای بررسی فرضیه‌ها از روش‌های پارامتریک تحلیل کوواریانس و مانکوا استفاده شد.

جدول ۳

اثرات آزمون بین گروهی برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون

سطح معنی داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آماره F	پیش آزمون	شادکامی
۰/۸۳۶	۲۸	۱	۰/۰۴۴	پیش آزمون	
۰/۶۱۲	۲۸	۱	۰/۲۶۲	پس آزمون	

مطابق نتایج جدول ۳ نتایج آزمون لوین نشان دهنده برقراری همگنی واریانس خطا

1. Shapiro-Wilk

در دو گروه می باشد ($\text{sig} > 0/05$).

جدول ۴

نتایج آزمون کوواریانس تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر شادکامی مادران

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
شادکامی مادران پیش آزمون (آزمایش)	۵۷۸/۸۵۹	۱	۵۷۸/۸۵۹	۳۰/۱۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۸
شادکامی مادران پیش آزمون (کنترل)	۲۵۵۶/۲۳۷	۱	۲۵۵۶/۲۳۷	۱۳۳/۱۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۱
میزان خطا	۵۱۸/۴۷۴	۲۷	۱۹/۲۰۳			
مجموع	۲۷۸۵۰	۳۰				

جدول ۵

آماره های شادکامی مادران پس آزمون برحسب گروه آزمایش و کنترل

فاصله اطمینان ۹۵٪	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه	شادکامی پس آزمون	
					حد پایینی	حد بالایی
۴۱/۳۹۵	۱/۱۹۳	۳۸/۹۴۷	۱۵	آزمایش	۳۶/۴۹۹	۴۱/۳۹۵
۲۰/۹۶۸	۱/۱۹۳	۱۸/۵۱۹	۱۵	کنترل	۱۶/۰۷۱	۲۰/۹۶۸

بر اساس یافته های جدول ۴، بین میزان شادکامی مادران در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از معنادرمانی تفاوت معنی دار مشاهده شده است ($\mu_p = 0/831$ و $P \leq 0/0001$) و $F(1,27) = 133/118$. همچنین بر اساس جدول ۵ نمرات میانگین تعدیل شده میزان شادکامی مادران در افراد گروه آزمایش (۳۸/۹۴۷) بالاتر از میزان شادکامی در افراد گروه کنترل (۱۸/۵۱۹) است. به عبارتی دیگر، نتایج نشان داد که معنادرمانی بر افزایش شادکامی مادران تأثیر داشت. با در نظر گرفتن مجذوراتا، می توان گفت که ۸۳/۱٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله یا معنادرمانی بوده است (جدول ۴).

جدول ۶

نتایج آزمون یوین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها در بهزیستی مادران (پس آزمون)

متغیر وابسته	F	df1	df2	سطح معنی داری
بهزیستی روانشناختی مادران پس آزمون	۲/۳۸۲	۱	۲۸	۰/۱۳۴

یافته های جدول ۶ نشان می دهد که فرض تساوی واریانس ها بین دو گروه آزمایش و کنترل برقرار است ($\text{sig} \geq 0/05$).

جدول ۷

نتایج آزمون کوواریانس تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در بهزیستی روان شناختی مادران

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجدوراتا
بهزیستی روان شناختی مادران پیش آزمون	۵۵۶۷/۹۹۹	۱	۵۵۶۷/۹۹۹	۳۰/۸۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۳
گروه	۱۱۸۵۲/۵۲۵	۱	۱۱۸۵۲/۵۲۵	۶۵/۵۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۸
میزان خطا	۴۸۸۰/۶۶۸	۲۷	۱۸۰/۷۶۵			
مجموع	۳۱۳۳۴۹۳۳	۳۰				

جدول ۸

آماره های بهزیستی روان شناختی مادران پس آزمون بر حسب گروه آزمایش و کنترل

فاصله اطمینان ۹۵٪	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه	بهزیستی روان شناختی پس آزمون	
					حد بالایی	حد پایینی
۳۴۹/۰۳۳	۳/۴۷۱	۳۴۱/۹۱	۱۵	آزمایش	۳۳۴/۷۸۷	۳۰۹/۲۷۹
۲۹۵/۰۳۴	۳/۴۷۱	۳۰۲/۱۵۷	۱۵	کنترل		

بر اساس یافته های جدول ۷، بین میزان بهزیستی روان شناختی مادران در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از معنادرمانی تفاوت معنی داری مشاهده شده است ($P=0/0001$ و $F(1,27)=65/569$). همچنین بر اساس جدول ۸، نمرات میانگین تعدیل شده میزان بهزیستی روان شناختی مادران در افراد گروه آزمایش (۳۴۱/۹۱) بالاتر از میزان بهزیستی روان شناختی در افراد گروه کنترل (۳۰۲/۱۶) است. به عبارتی دیگر، معنادرمانی برافزایش بهزیستی روان شناختی مادران تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجدوراتا، می توان گفت که ۷۰/۸٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله یا معنادرمانی بوده است.

جدول ۹

آزمون ام. باکس^۱ برای بررسی همگنی ماتریس واریانس کوواریانس برای سؤال اصلی تحقیق

مقدار ام. باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۲۳/۴۷	۰/۸۵۶	۲۱	۲۸۸۳/۵	۰/۶۵۱

مقدار آماره ام. باکس برای مفروضه همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس ($F=23/47$) و $P > 0/05$ در جدول ۹ نشان داده شده است. چون سطح معنی داری آن بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، از این مفروضه تخطی نشده است.

اثرات آزمون بین گروهی برای بررسی همگنی شیب های رگرسیون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پذیرش خود پیش آزمون × گروه	پذیرش خود پس آزمون	۳/۵۵۳	۱	۳/۵۵۳	۰/۲۱۲	۰/۶۵۱
	روابط مثبت پس آزمون	۰/۰۶۷	۱	۰/۰۶۷	۰/۰۰۳	۰/۹۶۰
	خودمختاری پس آزمون	۷۶/۸۲۳	۱	۷۶/۸۲۳	۴/۴۳۶	۰/۰۵۱
	تسلط بر محیط پس آزمون	۹/۶۶۷	۱	۹/۶۶۷	۰/۳۶۷	۰/۵۵۳
	زندگی هدفمند پس آزمون	۰/۲۵۱	۱	۰/۲۵۱	۰/۰۱۰	۰/۹۲۳
	رشد فردی پس آزمون	۹۶/۹۳۵	۱	۹۶/۹۳۵	۳/۵۰۶	۰/۰۸۰
روابط مثبت پیش آزمون × گروه	پذیرش خود پس آزمون	۹۶/۵۲۹	۱	۹۶/۵۲۹	۵/۷۶۲	۰/۰۶۹
	روابط مثبت پس آزمون	۵/۷۹۹	۱	۵/۷۹۹	۰/۲۲۷	۰/۶۴۰
	خودمختاری پس آزمون	۰/۷۸۲	۱	۰/۷۸۲	۰/۰۴۵	۰/۸۳۴
	تسلط بر محیط پس آزمون	۳۸/۴۶۴	۱	۳۸/۴۶۴	۱/۴۶۲	۰/۲۴۴
	زندگی هدفمند پس آزمون	۶/۰۴۹	۱	۶/۰۴۹	۰/۲۳۲	۰/۶۳۷
	رشد فردی پس آزمون	۳۳/۲۳	۱	۳۳/۲۳	۲/۹۱۸	۰/۱۰۷
خودمختاری پیش آزمون × گروه	پذیرش خود پس آزمون	۰/۱۳۴	۱	۰/۱۳۴	۰/۰۰۸	۰/۹۳۰
	روابط مثبت پس آزمون	۲۰۸/۵۳	۱	۲۰۸/۵۳	۸/۱۵۰	۰/۰۵۵
	خودمختاری پس آزمون	۲۴/۲۶	۱	۲۴/۲۶	۱/۴۰۱	۰/۲۵۴
	تسلط بر محیط پس آزمون	۱۳۸/۶۴	۱	۱۳۸/۶۴	۵/۲۶۹	۰/۰۵۸
	زندگی هدفمند پس آزمون	۱۴/۱۱	۱	۱۴/۱۱	۰/۵۴۰	۰/۴۷۳
	رشد فردی پس آزمون	۱۰۹/۳۳	۱	۱۰۹/۳۳	۹/۶۰	۰/۲۱۰
تسلط بر محیط پیش آزمون × گروه	پذیرش خود پس آزمون	۲۷/۴۴۲	۱	۲۷/۴۴۲	۱/۶۳۸	۰/۲۱۹
	روابط مثبت پس آزمون	۰/۰۱۰	۱	۰/۰۱۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۵
	خودمختاری پس آزمون	۳/۰۱۷	۱	۳/۰۱۷	۰/۱۷۴	۰/۶۸۲
	تسلط بر محیط پس آزمون	۴۶/۳۱۲	۱	۴۶/۳۱۲	۱/۷۶۰	۰/۲۰۳
	زندگی هدفمند پس آزمون	۳/۴۰۲	۱	۳/۴۰۲	۰/۱۳۰	۰/۷۲۳
	رشد فردی پس آزمون	۱۵۶/۴۵	۱	۱۵۶/۴۵	۱۳/۷۴	۰/۱۲۲
زندگی هدفمند پیش آزمون × گروه	پذیرش خود پس آزمون	۰/۸۴۵	۱	۰/۸۴۵	۰/۰۵۰	۰/۸۲۵
	روابط مثبت پس آزمون	۷۰/۶۲	۱	۷۰/۶۲	۲/۷۶۰	۰/۱۱۶
	خودمختاری پس آزمون	۱/۰۴۴	۱	۱/۰۴۴	۰/۰۶۰	۰/۸۰۹
	تسلط بر محیط پس آزمون	۱۴/۳۶	۱	۱۴/۳۶	۰/۵۴۶	۰/۴۷۱
	زندگی هدفمند پس آزمون	۳۵/۹۷	۱	۳۵/۹۷	۱/۳۷۸	۰/۲۵۸
	رشد فردی پس آزمون	۰/۶۹۱	۱	۰/۶۹۱	۰/۰۶۱	۰/۸۰۹

۰/۹۶۶	۰/۰۰۲	۰/۰۳۲	۱	۰/۰۳۲	پذیرش خود پس آزمون	رشد فردی پیش آزمون x گروه
۰/۴۷۲	۰/۵۴۳	۱۳/۹۰	۱	۱۳/۹۰	روابط مثبت پیش آزمون	
۰/۷۵۳	۰/۱۰۳	۱/۷۷۶	۱	۱/۷۷۶	خودمختاری پیش آزمون	
۰/۵۹۱	۰/۳۰۰	۷/۹۰۷	۱	۷/۹۰۷	تسلط بر محیط پس آزمون	
۰/۷۸۲	۰/۰۷۹	۲/۰۷۴	۱	۲/۰۷۴	زندگی هدفمند پس آزمون	
۰/۳۹۷	۰/۷۵۶	۸/۶۱۳	۱	۸/۶۱۳	رشد فردی پس آزمون	

با توجه به نتایج جدول ۱۰، اثرات تعاملی معنی دار نیست ($\text{sig} > 0/05$)، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است و اجرای آزمون MANCOVA صحیح می‌باشد. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثر مداخله روش معنادرمانی بر روی متغیرهای وابسته (زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران) اجرا شد. محقق از بین آماره‌های چهارگانه (پیلایی، لامبدا و بیکز، هتلینگ و ریشه روی) آزمون لامبدا و بیکز را برای محاسبه F انتخاب کرد.

جدول ۱۱

آزمون چند متغیره (لامبدا و بیکس)

مقدار	F	درجه آزادی آزمون	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجدوراتای تفکیکی	اثر
۰/۴۵۹	۲/۴۰۱	۶	۱۷	۰/۰۷۳	۰/۴۵۹	اثر پیلایی
۰/۵۴۱	۲/۴۰۱	۶	۱۷	۰/۰۷۳	۰/۴۵۹	لامبدا و بیکز
۰/۸۴۸	۲/۴۰۱	۶	۱۷	۰/۰۷۳	۰/۴۵۹	اثر هتلینگ
۰/۸۴۸	۲/۴۰۱	۶	۱۷	۰/۰۷۳	۰/۴۵۹	آزمون بزرگترین ریشه روی
۰/۴۵۷	۱/۲۹۶	۶	۱۷	۰/۳۱۱	۰/۳۱۴	پذیرش خود پیش آزمون
۰/۵۴۰	۲/۴۱۸	۶	۱۷	۰/۰۷۱	۰/۴۶۰	روابط مثبت پیش آزمون
۰/۵۵۴	۲/۲۷۹	۶	۱۷	۰/۰۸۵	۰/۴۴۶	خودمختاری پیش آزمون
۰/۷۲۳	۱/۰۸۶	۶	۱۷	۰/۴۱۰	۰/۲۷۷	تسلط بر محیط پیش آزمون
۰/۷۲۷	۱/۰۶۲	۶	۱۷	۰/۴۲۲	۰/۲۷۳	زندگی هدفمند پیش آزمون
۰/۸۴۶	۰/۵۱۴	۶	۱۷	۰/۷۹۰	۰/۱۵۴	رشد فردی پیش آزمون
۰/۲۳۹	۹/۰۰۱	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	گروه

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۱۰ و براساس لامبدا و بیکز، مشاهده می‌شود که سطح معنی داری آزمون بیانگر این است که گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با هم تفاوت دارند؛ زیرا سطح معنی داری به دست آمده برابر $0/0001$ است که از مقدار کوچکتر است ($p \leq 0/05$ و $F = 9/001$). به عبارت دیگر، می‌توان گفت که تفاوت

بین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل، بیان‌کننده این مطلب است که مداخله درمانی با روش معنادرمانی بر بهبود زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سرطانی تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذوراتا، می‌توان گفت حدود ۷۶٪ این تغییرات یا بهبود، ناشی از تأثیر مداخله بوده است. (جدول ۱۱)

جدول ۱۲

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا بر روی نمره‌های پس‌آزمون زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پذیرش خود پس‌آزمون	۴۱۶/۹۷	۱	۴۱۶/۹۷	۲۳/۰۶۶	۰/۰۰۰۱
روابط مثبت با دیگران پس‌آزمون	۱۲/۳۴۴	۱	۱۲/۳۴۴	۳/۹۶۴	۰/۰۵۹
خودمختاری پس‌آزمون	۳۴۹/۰۵۲	۱	۳۴۹/۰۵۲	۱۶/۵۲	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط پس‌آزمون	۴۱۶/۸۳۲	۱	۴۱۶/۸۳۲	۱۳/۶۱۵	۰/۰۰۱
زندگی هدفمند پس‌آزمون	۵۲۱/۳۶۷	۱	۵۲۱/۳۶۷	۲۵	۰/۰۰۰۱
رشد فردی پس‌آزمون	۷۱۵/۵۹۲	۱	۷۱۵/۵۹۲	۳۸/۲۸۴	۰/۰۰۰۱

برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود

دارد، دو تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت. (جدول ۱۲)

همان‌گونه که در جدول ۱۲ مشاهده می‌شود، بین مادران گروه آزمایش و کنترل از نظر کلیه زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی به غیر از مقیاس روابط مثبت با دیگران تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$). به عبارت دیگر روش درمانی مبتنی بر معنادرمانی موجب افزایش نمره زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) در مادران کودکان سرطانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که معنادرمانی بر افزایش شادکامی مادران تأثیر داشته است و با در نظر گرفتن مجذوراتا، می‌توان گفت که ۸۳/۱٪ این تغییرات ناشی از مداخله معنادرمانی بوده است. یکی از دلایل پایین بودن شادکامی، نداشتن هدف و معنا در زندگی

است. خالدیان و محمدی فر (۱۳۹۴) مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی را مورد مطالعه قرار دادند. نقش معنا به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر شادکامی غیر قابل انکار است. مطالعات دهه های اخیر نشان می دهد که معناداری یکی از مؤثرترین عوامل بهداشت روانی و شادی انسان هاست. سمالبونز (۲۰۰۸) بیان می کند که معنا، کلید حقیقی برای شاد زیستن است و چون مادر که نقش اساسی در حفظ تعادل خانواده دارد، حضور کودک بیمار باعث ایجاد غم و تنش در او می شود (حیدری، کورش نیا، و حسینی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر با استفاده از مداخله معنادرمانی مراجعان تشویق شدند که با ابعادی از زندگی خود که همواره از آن فرار می کردند، مواجه شوند و شجاعانه این وقایع ناگوار را در زندگی خود به رسمیت بشناسند، و بپذیرند که شادی و نشاط در زندگی در صورتی محقق می شود که فرد بپذیرد امنیت و نشاط پایدار و همیشگی در زندگی وجود ندارد و این معناست که به زندگی جان می بخشد.

در پژوهش حاضر نتایج یافته های به دست آمده بین مادران گروه آزمایش و کنترل از نظر کلیه زیر مقیاس های بهزیستی روان شناختی به غیر از مقیاس روابط مثبت با دیگران، تفاوت معنی داری داشت ($p < 0/001$). به عبارت دیگر، روش درمانی معنادرمانی موجب افزایش نمره زیرمقیاس های بهزیستی روان شناختی در مادران کودکان سرطانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج این پژوهش با پژوهشی که توسط غلامی، پاشا و سودانی (۱۳۸۸) با عنوان اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی، انجام گرفت همخوانی دارد. غلامی، پاشا و سودانی (۱۳۸۸) به این نتیجه دست یافتند که آموزش معنادرمانی می تواند باعث افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران تالاسمی ماژور گردد.

همچنین پژوهش سلیمانی و خسرویان (۱۳۹۵) تأثیر معنادرمانی گروهی در رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی همسران ناسازگار را بررسی کردند که با نتایج این پژوهش همسواست. برآمدهای تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت متغیرهای رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی گروه آزمایش و گواه در پس آزمون معنی دار بوده است. میانگین نمرات رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی در گروه

آزمایشی به گونه معنی داری بیشتر از گروه گواه بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که شرکت‌مادران در جلسه‌های معنادرمانی گروهی، بهزیستی روان‌شناختی آنها را افزایش داد. در صورت وجود بهزیستی روان‌شناختی، افراد در قالب هنجارها و پیوندهای اجتماعی موجود در تعاملات اجتماعی، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند و در ضمن به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های اجتماعی برخوردار می‌شوند و این امر باعث می‌شود که افراد از نظر روانی آسایش و آرامش مطلوبی را تجربه کنند و در زندگی احساس بهزیستی روانی داشته باشند. (آقایوسفی، و شریفی، ۱۳۸۹) بهزیستی روان‌شناختی، احساسات مثبت، شناخت مثبت (برخورداری از زندگی قابل درک و کنترل)، علاقه به کار و فعالیت، خودپنداره مثبت (توانایی اثبات خویشتن) و روابط بین فردی سازنده را به دنبال دارد. این در حالی است که بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی فرد از میزان خودآگاهی، خوش‌بینی و معنویت‌گرایی وی متأثر است (آدلر، و فاکلی، ۲۰۰۵). به عبارت دیگر، هر چه افراد خودآگاه‌تر خوشبین‌تر و از معنای بالاتری برخوردار باشند، به همان میزان از بهزیستی و رضایت زندگی بالاتری به‌رمند هستند. کوئینگ (۲۰۰۷)، به نقل از حیدری، کورش‌نیا، و حسینی، (۱۳۹۴) در تحقیقی نشان داده است که سلامت روانی و جسمانی انسان نیز با زندگی معنوی او رابطه مثبت دارد و افراد که از معنای بیشتر در زندگی برخوردار باشند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند.

نکته مهم در کاربرد روش گروهی این است که روش گروهی منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌شود. از جمله اینکه بسیاری از افراد به نوعی احساس منحصربه‌فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصربه‌فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی بیماران می‌شود و انزوای اجتماعی، احساس منحصربه‌فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند. (رنجبر، رسولی، و ثنایی، ۱۳۹۳) همچنین از نظر فرانکل، سرنوشت مانند مرگ، قسمتی از زندگی و چیزی است که خارج از حوزه قدرت آدمی و مسئولیت اوست. از نگاه معنادرمانی، مرگ چهره زندگی را بی‌معنا نمی‌کند، بلکه موقتی بودن زندگی آن را پرمعنا می‌سازد و مسئولیت آدمی را به او یادآوری می‌کند. انسان آزاد است تا در برابر سرنوشت و توانمندی زندگی، موضع مناسب و شکوهمندی را با سربلندی اتخاذ کند، از توانمندی

زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی پا را فراتر بگذارد و در فضای بیکران بعد از تولدش قدم بگذارد (فرانکل، ۱۹۶۵، به نقل از تبریزی، ۱۳۸۳).

پایه نظری معنادرمانی فرانکل بر این باور است که انسان وقتی با وضعی تغییرناپذیر مانند بیماری‌های درمان‌ناپذیر روبروست، این فرصت را یافته تا به عالی‌ترین و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد؛ مفهوم‌های بنیادین این نظریه را یافته تا به عالی‌ترین و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد. مفهوم‌های بنیادین این نظریه شامل معنی جویی، معنای زندگی، آزادی و مسئولیت، معنای عشق، معنای رنج، معنای مرگ و حضور خدا در ناخودآگاه است (کرونک، لینچ، و دنی، ۲۰۰۱). هم داشتن معنا در زندگی و هم خوش بینی، به میزان قابل توجهی با رضایت از زندگی و همچنین ساختار چندبعدی مشکلات روانی اجتماعی در ارتباط است (هو، چانگ، و چانگ، ۲۰۱۰). با داشتن معنا، حمایت اجتماعی و فعال بودن، ارتباط برقرار کردن با دیگران یا ایجاد یک طرح فعالیت نیز می‌تواند به نوبه خود با پرورش ابراز هیجان نسبت به دیگران، به فرد کمک کند تا برای زندگی خویش معنایی بیابد (ریچاردسون، گولدن، و آندرسون، ۲۰۰۶) که می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و افزایش امید و شادکامی شود.

فهرست منابع

- * قرآن کریم (۱۳۹۵). مترجم: الهی قمشه ای، مهدی. قم: بوستان کتاب.
۱. آقاییوسفی، علیرضا، و شریفی، نسیم (۱۳۸۹). بررسی همبستگی بین بهزیستی روانی و حس انسجام در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران. پژوهنده، ۱۶(۶)، ۲۷۳-۲۷۹.
 ۲. پورابراهیم، تقی، اعتمادی، احمد، شفیق‌آبادی، عبدالله، و صرامی، غلامرضا (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی با مشاوره فردی چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان ساکن آسایشگاه‌های تهران. نشریه پژوهش‌های مشاوره، ۲۱(۶)، ۴۹-۶۸.
 ۳. جعفری، اصغر، و حسام‌پور، فاطمه (۱۳۹۵). مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سرسختی روان‌شناختی بین والدین کودکان سرطانی پاسخ‌دهنده مثبت و منفی به درمان. نشریه علوم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۴(۲)، ۱۸۹-۲۰۲.
 ۴. حیدری، اعظم، کورش‌نیا، مریم، و حسینی، سیده مریم (۱۳۹۴). رابطه بین هوش معنوی و شادکامی به واسطه بهزیستی روان‌شناختی. نشریه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲۱(۶)، ۷۳-۸۵.
 ۵. خالدیان، محمد، سهرابی، فرامرز، گنجی، عسگر، و باغ‌طیفونی، زهرا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. نشریه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲۹(۸)، ۱۳۵-۱۶۴.
 ۶. خالدیان، محمد، و محمدی، محمدعلی (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری

- و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر. نشریه/اعتیادپژوهی، ۹(۱)۳۶، ۶۳-۸۰.
۷. رنجبر، ادریس، رسولی، محسن، و ثنایی، باقر (۱۳۹۳). تأثیر معنادرمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران سال اول متوسطه مدارس شبانه روزی. نشریه پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۳۷-۵۴.
۸. زارعی حاجی آبادی، اسماعیل، و عمرانی، مهدیه السادات (۱۳۸۸). قرآن و معنا درمانی (لوگوتراپی). نشریه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی، ۳(۱۳)، ۱۴۰-۱۴۷.
۹. سادات نواب، زهرا، کلانتری، مهرداد، و جوادزاده، افسانه (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی روان شناختی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان اصفهان در سال ۹۲. نشریه پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده، ۳(۲)، ۴۳-۶۵.
۱۰. سلیمانی، اسماعیل، و خسرویان، بهروز (۱۳۹۵). تأثیر معنادرمانی گروهی در رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی همسران ناسازگار. نشریه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۲(۶)، ۱-۱۹.
۱۱. شفیعی، سکینه، تقوایی، داوود، و صفورایی پاریزی، محمد مهدی (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت های زندگی و آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی زنان مهاجر. نشریه پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده، ۹(۵)، ۵۱-۷۳.
۱۲. طاهری، مهدی، یاریاری، فریدون، صرامی، غلامرضا، و ادیب منش، مرزبان (۱۳۹۲). رابطه بین سبک های هویت، شادکامی و بهزیستی روان شناختی در دانشجویان دانشگاه. نشریه دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱(۴)، ۷۲-۸۲.
۱۳. عابدی، محمدرضا، زهرا، پاداش، و مریم السادات، فاتحی زاده (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. نشریه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱(۱)، ۱۱۵-۱۳۰.
۱۴. عاشوری، جمال (۱۳۹۵). تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر شادکامی و بلوغ هیجانی نوجوانان پسر. نشریه رویش روانشناسی، ۲(۵)، ۱۴۷-۱۶۴.
۱۵. غلامی، مریم، پاشا، غلامرضا، و منصور، سودانی (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی. نشریه دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱(۱۱)، ۲۳-۴۲.
۱۶. فرانکل، ویکتور (۱۳۸۳). فریاد ناشنیده برای معنا. مترجم: تبریزی، مصطفی، و علوی نیا، علی. تهران: انتشارات فراروان.
۱۷. نجفی، محمود، دهشیری، غلامرضا، دبیری، سولماز، شیخی، منصوره، و جعفری، نصرت (۱۳۹۱). خصوصیات روان سنجی نسخه فارسی پرسش نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان. نشریه انداز/نگری تربیتی، ۱۰(۳)، ۵۵-۷۳.
18. Abolghasemi, S. H., Saeadi, S., & Morri Najafi, N. (2011) The effect of Guided Imagery and logo therapy on Depression, Anxiety and Hopefulness in Women with Cancer in Ahwaz. *Scientific Research Quarterly Journal Women and Culture*, 2(5), 31-47.
19. Adler, M.G., & Fagley, N. S. (2005). Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *Journal of Personality*, 73, 79-114.
20. Borneman, T., Chu, D. Z., Wagman, L., Ferrell, B., Juarez, G., & McCahill, L. E. (2003). Concerns of family caregivers of patients with cancer facing palliative surgery for advanced malignancies. *Oncology nursing forum*, 30(6), 997-1005.
21. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J. G., & Li-chtenthal, W. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. *Journal of clinical oncology*, 33(7), 749-754.
22. CanadaL, A. L., Parker, P. A., deMoor, J. S., Basen-Engquist, K., Ramondetta, L. M., & Cohen, L. (2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 101(1), 102-7.
23. Diener, E., Gohm, C., Suh, E., & Oishi, S. (2000). similarity of the relations between

- material status and subjectiv well-being across culture. *journal of cross cultural psychology*, 31, 419-436.
24. Dockerty, J. D., Skegg, D. C., & Williams, S. M. (2003). Economic effects of childhood cancer on families. *Journal of paediatrics and child health*, 39(4), 254-280.
 25. Easterlin, R. A. (2006). Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics, and emography. *Journal of Economic Psychology*, 27(4), 463-482.
 26. Franck, L. S., & Callery, P. (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child: Care, Health & Development*, 30(3), 265-277.
 27. Gorbanali pour, M., Smaily, A. (2012). Determine of Logo therapy effectiveness on anxiety of death in the elderly. *Journal of Counseling and Psychotherapy culture*, 3(9), 54-67.
 28. Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 41(5), 223-251.
 29. Hungerbuehler, I., Vollrath, M. E., & Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *J Health Psychol*, 1, 259-267.
 30. Kroencke, D. C., Lynch, S. G., & Denney, D. R. (2000). *Fatigue in multiple sclerosis: relationship to depression, disability, and disease pattern*, Department of Psychology. University of Kansas. Lawrence, Kansas.
 31. Livneh, H., Erin, M., & Todd, B. (2004). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(3), 250- 60.
 32. Masadeh, R., & Jarrah, S. (2016). Post-traumatic stress disorder in parents of children with cancer in Jordan. *Arch Psychiatr Nur*, 1,1-18.
 33. Mohammadi, F., Dokanei, F. F., & Heidari, H (2014) Effectiveness of Logo Therapy in Hope of Life in the Women Depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159(23), 643-646.
 34. Omidvari, S. (2008). Spiritual health; concepts and challenges. *Specialty Quran Interdisciplinary Res*,1, 6-17.
 35. Polat, S., Tufekci, F. G., Kuçukoglu, S., & Bulut, H. K. (2016). Acceptance rejection levels of the Turkish mothers toward their children with cancer. *Collegian*, 30(23), 217-223.
 36. Richardson, J. H. S., Golden-Kreutz, S. A., & Anderson, D.M. (2006). Sterategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. England: Wiely.
 37. Ryff, C. D., Keyes, C., & Lee, M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *J Pers Soc Psychol*, 69 (4), 719-727.
 38. Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B: Bio Sci*, 359, 24-94.
 39. Taghadosi M, Fahimifar A(2014). *The effect of life review therapy with a spiritual approach on quality of life among cancer patients*, 18(2), 136-44.

Archive of SID

40. Veenhoven, R. (2005). Advances in understanding happiness. *Revue Quebecoise de psychologie*, 18, 29-74.
41. Wells, D. K., James, K., Stewart, J. L., Moore, I. M., Kelly, K. P., & Moore, B. (2002). The care of my child with cancer: a new instrument to measure caregiving demand in parents of children with cancer. *Journal of pediatric nursing*, 17(3), 201-210.
42. Wong, M. L., Cavanaugh, C. E., Macleamy, J. B., Sojournernelson, A., & Koopman, C. (2009). Posttraumatic growth and adverse longterm effects of parental cancer in children. *Famil Sys Health*, 27, 53-75.

