

اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان

آسیب‌دیده از زلزله

زهرا قنبری زرنیدی* محمود گودرزی**

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقای سلامت روان زنان آسیب‌دیده از زلزله در شهرستان زرنید انجام شده است. روش اجرای پژوهش از نوع نیمه آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان آسیب‌دیده از زلزله شهرستان زرنید می‌باشد. تعداد از دواج پژوهش ۲۰ نفر می‌باشد که با روش ازدواج‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده است. ابزار استفاده شده برای جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمار توصیفی از آزمون t اسودنت استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی موجب بهبود چهار بعد سلامت عمومی شامل وضعیت جسمانی، اضطراب، افسردگی و سلامت روانی شده است. اما در بعد کارکرد اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

کلید واژه‌ها: معنادرمانی، مشاوره گروهی، سلامت عمومی، زنان، زلزله

مقدمه

فاجعه‌ها از جمله معضلات جوامع انسانی است و بشر به رغم پیشرفت‌های علمی و صنعتی هنوز نتوانسته است بر فاجعه‌ها و آثار آن‌ها تسلط پیدا کند. هر ساله در گوشه و کنار جهان سوانح و حوادث بسیاری روی می‌دهد که اغلب با در هم ریختن نظام‌های اجتماعی و تعادل و هماهنگی اجتماع همراهند (تایلور و فریزر^۱، ۱۹۸۲). ساراسون و ساراسون^۲ (۱۹۸۷) معتقدند فاجعه‌ها، علاوه بر این‌که خانه و اموال افراد را تخریب می‌کند موجودیت روانی و جسمی آن‌ها را نیز تهدید می‌کند. فاجعه‌ها، ضربه‌های روانی شدیدی هستند که در افراد ایجاد مشکلات و عوارض روان‌شناختی می‌کنند و با طیفی از واکنش‌ها، پاسخ‌ها و اختلالات هیجانی - عاطفی، روان تنی و رفتاری همراه است و به همین دلیل باید در نظر داشت که فاجعه به طور اساسی با آسیب‌ها و عوارض کوتاه مدت یا درازمدت روانی ارتباط دارد (نجاریان و براتی سده، ۱۳۷۹).

zghnbari@yahoo.com

mg_sau@yahoo.com

1. Taylor & frazer

2. Sarason & Sarason

* عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور واحد راور
** عضو هیات علمی دانشگاه آزاد واحد سنندج

بر اساس چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) اختلال فشار روانی آسیب‌زاد^۲، عبارت است از مجموعه‌ای از علائم نوعی که در پی مواجهه با عامل فشار آسیب‌زای بی‌نهایت شدیدی پیدا می‌شود (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۰۳) این عوامل می‌توانند از تجربه جنگ، شکنجه، بلایای طبیعی، حمله، تجاوز و موانع جدی مانند تصادف یا ماشین و آتش سوزی ساختمان ناشی شده باشد. از جمله نشانه‌های اختلال فشار روانی آسیب‌زا دشواری تمرکز، واکنش شدید از جا پریدن، واقعیت‌زدایی، شخصیت‌باختگی، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی از یادآوردن جنبه‌های مختلف آسیب، بروز واکنش‌های جسمی و موارد دیگری اشاره کرد که همگی آن‌ها باعث کاهش سلامت عمومی می‌شود (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۰۳). اختلال فشار روانی آسیب‌زاد اثرات منفی عمده‌ای بر سلامت جسمانی و روانی فرد بر جای می‌گذارد (جان کوزی^۴، ۲۰۰۶)

میلانی فر (۱۳۸۲)، معتقد است عوامل مخل سلامت عمومی عبارت‌اند از عوامل روانی (عوامل فرهنگی - اجتماعی، فشارهای روانی، تضاد، ازدواج، طلاق، محرومیت و تجارب تلخ زندگی)، جسمانی (عفونت‌ها، مسمومیت‌ها و مسمومیت‌های حاملگی، ضربه‌های مغزی، الکلیسم، مواد مخدر)، سرشتی (ساختمان جسمانی، روانی، مسائل فیزیولوژیک، مسائل فیزیولوژیک دوران بلوغ، شخصیت و منش) و ارثی (ژن معیوب، اختلالات کروموزومی و متابولیکی، بیوشیمی).

یکی از عوامل زمینه‌ساز مربوط به آسیب‌پذیری نشانه‌های اختلال فشار روانی آسیب‌زاد، داشتن جنسیت مؤنث است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) به این معنا که زنان بیشتر از مردان در موقعیت‌هایی که فاجعه‌ها روی می‌دهند، فشار روانی و در نتیجه کاهش سلامت عمومی را تجربه می‌کنند. مردان و زنان از نظر نوع آسیب‌هایی که بعد از اختلال فشار روانی آسیب‌زاد به آن دچار می‌شوند و نیز از نظر آسیب‌پذیری برای ابتلا به استرس و کاهش سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت دارند (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۰۳). میزان شیوع این اختلالات در زنان به نحو چشم‌گیری بیشتر از مردان است و درصد بالاتری از زنان به انواع اختلالات روانی مبتلا می‌شوند (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۰۳). اگر چه زنان نسبت به مردان عمر طولانی‌تری دارند، اما از لحاظ سلامت عمومی مشکلات بیشتری دارند (دورا کوهن^۵، ۲۰۰۰؛ نوایی نژاد^۶، ۱۳۸۰). زنان در حل مشکلات سازگاری و تفکر مثبت نقش به‌سزایی را به عهده می‌گیرند، آنان توانایی بیشتری دارند تا در موقعیت درمان باقی بمانند و به علت روابط اجتماعی قوی‌تر زودتر به درمان پاسخ می‌دهند (کندی^۶، ۲۰۰۰). مطالعات انجام شده در زمینه سلامت عمومی، تفاوت‌های بارزی را بین زنان و مردان نشان داده است. بر اساس نتایج پژوهش نجات و ایروانی (۱۳۷۸) آمار دختران مشکوک به مشکلات روانی، ۳ برابر پسران است.

بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که متعاقب فاجعه‌ها، علائم و اختلالات روان‌شناختی افزایش پیدا می‌کند که از جمله این تحقیقات می‌توان به تحقیقات ساراسون و ساراسون (۱۹۸۷)، هدرسون و

1. Diagnostic and statistical manual disorders 4 th edition (DSM-IV-TR)
2. PTSD
3. Kaplan & Sadock
4. Jon Kowski
5. Dora Cohen
6. Kennedy

بوستوک (۱۹۷۷) و درآبک (۱۹۸۶) اشاره کرد. برای ارتقای سلامت عمومی افراد آسیب‌دیده از فجایع طبیعی رویکردهای درمانی متعددی قابل استفاده است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها رویکرد معنادرمانی^۱ است (نجریان و براتی سده، ۱۳۷۹). معنادرمانی، شاخه‌ای از روان درمانی وجودی یا انسان‌گراست، زیرا بر جنبه معنوی انسان و معنای وجود انسان تأکید دارد. زندگی از نگاه معنادرمانی در هر شرایطی معنادار است، افراد با اراده معطوف به معنا انگیزه می‌شوند و انسان دارای اراده آزاد است (فرانکل^۲، ۱۹۶۹؛ به نقل از لوکس و هیرش^۳، ۲۰۰۲). بنابر تعاریف ذکر شده وظیفه معنا درمانگر این است که به بیمار کمک کند تا معنای زندگی را کشف کند و البته به این وظیفه قانع نیست بلکه روش‌های درمان - بخش خاصی را نیز برای بیماران روان آزاده تدوین می‌کند (محمدپور، ۱۳۸۵).

نگرش فرانکل (۱۹۶۹)، به سلامت عمومی تأکید عمده را بر اراده معطوف به معنا بود. نظریه طبیعت انسان که از معنادرمانی برآمده بر سه اصل استوار است: آزادی اراده، اراده معطوف به معنا و معنای زندگی (محمدپور، ۱۳۸۵). او معتقد بود که یافتن معنا یک انگیزش انسانی اولیه است. سایر محققان نیز معتقدند جستجوی معنا نوعی کنش سازگاری دارد (سیلور، بون و استوتز، ۱۹۸۳)، جستجوی معنا محدود به زمان و خاصی از تجربه ضربه‌زا نیست و بر اساس آنچه در متون مربوط وجود دارد، معمولاً مدت‌ها پس از گذشت حادثه افراد هنوز معنایی برای حادثه و رنج خویش می‌یابند. معناداری، هدف - مندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم بخشنده سلامت عمومی هستند. پس چنان‌چه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان فرسا هم‌چون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ‌آور، در این مسیر معنا پیدا می‌کند (جمالی، ۱۳۸۱؛ نوابی‌نژاد، ۱۳۸۴).

وستگایت (۱۹۹۶) در کارهای کلینیکی و تحقیقات خود به این نتیجه رسید که معنایابی در زندگی از طریق ارزش‌های خلاق، معنویت و تعلق روحی به چیزها و افراد دیگر در درمان افسردگی بسیار مؤثر است (به نقل از نوابی‌نژاد، ۱۳۸۴). پژوهشی که به وسیله (آکاجی و باس، ۲۰۰۱) به نقل از هدایتی، (۱۳۸۵) صورت گرفت، آثار رویکرد مشاوره‌ای معنادرمانی بر روی ۹۴ مراجع مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد گروهی که مداخله دریافت کردند، کاهش معناداری در پرخاش‌گری، اضطراب و افسردگی، یعنی کلیه متغیرهای مربوط به سلامت عمومی را نشان دادند.

بر اساس رویکرد معنادرمانی، اختلالات روانی حاصل فقدان معنا و مقصود در زندگی و احساس تهی بودن است (نورکراس و پروچاسکا^۴، ۱۹۹۹) به نقل از سید محمدی، (۱۳۸۳). پژوهش سوزویچ، مارتین، دونوف موریز سی (۲۰۰۶)، تأثیر معنادرمانی و درمان‌های جانبی در اختلال فشار روانی آسیب‌زاد ناشی از جنگ را بررسی کرده‌اند و نشان داده‌اند که معنادرمانی در درمان این اختلال فشار روانی آسیب‌زاد نقش مؤثری را دارد (به نقل از شیخ پور، ۱۳۸۵).

در پژوهش ناگاتا (۲۰۰۳) که به بررسی نقش معنادرمانی در پایین آمدن دردهای مزمن بیماران می‌پردازد، نتایج نشان داد که معنادرمانی به عنوان یک روش درمانی شیوه‌ای مؤثر و قوی در

1. Logo Therapy
2. Frankel
3. Lukas & Hirsch
4. Norcross & prochaska

فعالیت‌های حیاتی انسان است (به نقل از نوابی‌نژاد، ۱۳۸۴). پژوهش یوسفی (۱۳۸۵)، با عنوان مقایسه اثربخشی دو رویکرد مشاوره‌ای و روان‌درمانی گشتالت درمانی و معنادرمانی در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاش‌گری در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده شهرستان سقز انجام شد، به این نتایج دست یافت که رویکرد گشتالت درمانی پرز در کاهش نشانگان پرخاشگری از رویکرد معنادرمانی فرانکل مؤثرتر بود. در ضمن رویکرد معنادرمانی در کاهش افسردگی از رویکرد گشتالت درمانی پرز مؤثرتر بود. سرانجام معلوم شد هر دو رویکرد گشتالت درمانی پرز و معنادرمانی فرانکل، در کاهش نشانگان اضطراب به یک‌اندازه مؤثر بوده‌اند.

تحقیقات گوناگونی نیز حاکی از وجود رابطه معنادار میان نبود معنا و بروز اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب می‌باشند. نتایج تحقیقات کارسون (۲۰۰۰)، حاکی از آسیب‌پذیر بودن افراد بی‌هدف می‌باشد، زیرا بی‌هدفی یکی از مفاهیم بنیادی در بحث معناجویی است. همچنین نتایج متعددی از جمله (ساوالاین، ۲۰۰۲، اینیوتی و دیویس، ۲۰۰۳)، حاکی از همبستگی میان سلامت عمومی و احساس معناجویی در زندگی است (به نقل از سعیدی، ۱۳۷۶).

پژوهش رودینی (۱۳۸۵)، تحت عنوان بررسی سودمندی معنادرمانی گروهی در بهبود سلامت عمومی مردان دچار ویروس اچ‌ای وی به این نتیجه رسید که معنادرمانی گروهی در بهبود مردان دچار ویروس اچ‌ای وی انسان مؤثر بوده است. سلامت عمومی آن‌ها افزایش پیدا کرد. کارکرد جسمانی آن‌ها نیز افزایش یافت، میزان اضطراب آن‌ها کاسته شد. کارکرد اجتماعی آن‌ها افزایش را نشان داد و میزان افسردگی شرکت‌کنندگان نیز کاهش نشان داد.

پژوهش ناجی‌هدایتی (۱۳۸۵)، تحت عنوان اثربخشی مشاوره گروهی به روش معنادرمانی (فرانکل) بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین ۱۳ تا ۱۸ سال هنرستان آزادگان سقز نشان داد که روش‌ها و تکنیک‌های مشاوره گروهی به روش معنادرمانی باعث کاهش میزان ناامیدی در نوجوانان در سه گروه سنی ۱۳-۱۵ سال، ۱۶-۱۸ سال و ۱۳-۱۸ سال شده است.

پژوهش شیخ‌پور (۱۳۸۵) تحت عنوان تأثیر مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی در افزایش امید به زندگی معلولان نخاعی ناشی از زلزله‌ی شهرستان بم به این نتیجه دست پیدا کرد که مشاوره‌ی گروهی به شیوه معنادرمانی باعث افزایش امید به زندگی در معلولان ضایعه نخاعی می‌شود.

زمانی که فرد در پی یافتن معنایی برای درد و رنج خویش است، در حقیقت تلاش می‌کند تا دنیایی قابل درک و منظم را در ذهن خود بنا کند، چرا که تجربه حادثه، ساختار ذهنی قربانی را از جهان و هستی بر هم زده و جهان را در نظر او بی‌هدف و بی‌معنا کرده است (فرانکل، ۱۹۶۳ به نقل از نجاریان و براتی، ۱۳۷۹).

تحقیقات نیز نشان‌گر افزایش سایر اختلالات روان‌تنی پس از فاجعه‌ها است (اتینگر، ۱۹۶۹؛ کلایر، ۱۹۸۶؛ آدامز و آدامز، ۱۹۸۴ به نقل از نجاریان و براتی، ۱۳۷۹).

معنادرمانی، یک نظام فلسفی- روان‌شناختی است که به بیماران کمک می‌کند تا به رغم سوگ یا ناامیدی بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند بلکه در جستجوی معنا باشند. معنادرمانی نوعی روان‌درمانی وجودی است که روی آزادی انسان برای رنج بردن متعالی و معنایی در زندگی‌اش تأکید می‌کند و بر این باور است که انسان می‌تواند پا را از رنج بردن فراتر بگذارد و معنایی در زندگی‌اش پیدا کند

(محمدپور، ۱۳۸۵). در این صورت با توجه به اهمیت موارد فوق در این پژوهش به بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله شهرستان زرنند پرداخته می‌شود.

۱- فرضیه‌های پژوهش

مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی موجب بهبود وضعیت جسمانی زنان آسیب دیده از زلزله می‌شود.
مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی موجب بهبود اضطراب زنان آسیب دیده از زلزله می‌شود.
مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی موجب بهبود کارکرد اجتماعی آسیب دیده از زلزله می‌شود.
مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی موجب بهبود افسردگی زنان آسیب دیده از زلزله می‌شود.
مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی موجب بهبود سلامت روان زنان آسیب دیده از زلزله می‌شود.

۲- روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و شیوه اجرا

روش تحقیق پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری، کلیه زنان آسیب دیده از زلزله در شهرستان زرنند سال ۱۳۸۴ می‌باشند. که با استفاده از روش ازدواج‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۲۰ نفر به عنوان ازدواج انتخاب شدند. در مشاوره گروهی باید تعداد اعضا بین ۶-۱۰ نفر باشد تا بتوان از گروه نتیجه بهینه را به دست آورد (نوابی نژاد، ۱۳۸۳). برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا فهرست کلیه مناطق آسیب دیده از زلزله از طریق مرکز بهداشت و درمان شهرستان تهیه شود. طبق فهرست ارائه شده به وسیله مرکز بهداشت و درمان شهرستان زرنند، مناطق آسیب دیده از زلزله در این شهرستان شامل ۵ منطقه و هر منطقه شامل ۴ روستا بود که به ترتیب:

در مرحله اول: از طریق تصادفی ساده یک منطقه انتخاب شد.

در مرحله دوم: از منطقه انتخاب شده به صورت تصادفی ساده، یک روستا انتخاب شد.

در مرحله سوم: پرسش‌نامه (۲۸سؤالی) سلامت عمومی گلدبرگ (با همکاری کارکنان محترم خانه بهداشت آن روستا) بین کلیه زنان آن روستا پخش شد، و زنانی که در آزمون GHQ28 گلدبرگ نمره ۲۳ و بالاتر از ۲۳ (خط برش سلامت روان) داشتند، مشخص شدند. از بین این افراد ۲۰ نفر (برای دو گروه ۱۰ نفره‌ی آزمایش/گواه) به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند.

پس از مشخص شدن افراد ازدواج و گروه‌ها، برای گروه آزمایشی ۱۰ جلسه، هر جلسه ۱/۵ ساعت و هر هفته یک جلسه تعیین و اجرا شد. بستر شرح جلسات بر مبنای جستجوی معنا (فرانکل، ۱۹۶۳) و نمادی ساختن تجارب زندگی (لیفتون و اولسون، ۱۹۷۶)، برای سازگاری پس از فاجعه و افزایش سطح سلامت عمومی، زنان آسیب دیده از زلزله و فنون درمانی موجود در روش معنا درمانی بود، که در چارچوب طرح‌های درمان برای ارتقای سلامت عمومی زنان مشخص شد و گروه گواه با ۲۰ دقیقه

فاصله در همین روزها و در همان مکان گرد هم آمدند و محتوای جلسه را (که در باره مباحث روزمره بود) بدون دخالت و حضور مشاور، خودشان پیش بردند. پس از پایان نشست‌های مشاوره‌ای هر دو گروه در یک زمان و در یک مکان (خانه بهداشت) برای بار دوم سنجش شدند. نمرات این دو گروه بعد از پس آزمون و پیش آزمون با استفاده از آزمون t استودنت برای گروه‌های مستقل تجزیه و تحلیل شد.

۳- ابزار پژوهش

- پرسش‌نامه سلامت عمومی فرم ۲۸ سوالی

در تحقیق حاضر به منظور اندازه‌گیری سلامت عمومی آزمودنی‌ها از پرسش‌نامه سلامت عمومی استفاده شد. فرم ۲۸ سوالی این پرسش‌نامه در ایران به وسیله پالاهنگ (۱۳۷۴) و یعقوبی (۱۳۷۴) هنجاریابی شده است. از این پرسش‌نامه برای سنجش ملاک‌های سلامت عمومی شامل علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روانی استفاده می‌شود. روش نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به شیوه‌ی نمره‌گذاری لیکرت می‌باشد. گلدبرگ (۱۹۹۰) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد. یعقوبی ۱۳۸۵ ضریب پایایی کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب پایایی مقیاس‌های فرعی را ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است (نجات، ۱۳۸۵).

یافته‌های پژوهش

جدول ۱: فراوانی افراد ازدواج بر اساس سن

گروه‌ها	شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	حداقل	حداکثر
آزمایش		۱۰	۴۱	۲۷	۶۳
کنترل		۱۰	۳۸	۲۶	۵۸

جدول ۲: فراوانی و درصد مدرک تحصیلی آزمودنی‌ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
زیردیپلم	۵	۵۰	۴	۴۰
دیپلم	۳	۳۰	۳	۳۰
دانشگاهی	۲	۲۰	۳	۳۰
جمع	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰

جدول ۳: آزمون‌های t گروه‌های مستقل برای فرضیه‌های پژوهش

نتیجه	α	t جدول	d.f	t محاسبه شده	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	ابعاد سلامت عمومی
رد فرض صفر	۰/۰۵	۱/۷۳	۱۸	۲/۱۳	۲/۲۶	-۲	۱۰	آزمایش	وضعیت جسمانی
					۰/۰۶۹	-۰/۴	۱۰	کنترل	
رد فرض صفر	۰/۰۵	۱/۷۳	۱۸	۶/۵۸	۱/۸۴	۱/۸۴	۱/۸۴	آزمایش	اضطراب
					۰/۰۶۹	۰/۰۶۹	۰/۰۶۹	کنترل	
پذیرش فرض صفر	۰/۰۵	۱/۷۳	۱۸	۱/۷۰	۲/۶۶	-۱/۷	۱۰	آزمایش	کارکرد اجتماعی
					۰/۰۴۲	-۰/۲	۱۰	کنترل	
رد فرض صفر	۰/۰۵	۱/۷۳	۱۸	۵/۰۷	۲/۹۱	-۴/۶	۱۰	آزمایش	افسردگی
					۰/۰۳۱	۰/۱	۱۰	کنترل	
رد فرض صفر	۰/۰۵	۱/۷۳	۱۸	۲/۶۶	۵/۶۳	-۱۲/۸	۱۰	آزمایش	سلامت روان
					۱/۲۸	-۰/۹	۱۰	کنترل	

با توجه به داده‌های موجود در جدول ۳ چون مقدار t محاسبه شده در آزمون‌های وضعیت جسمانی، اضطراب، افسردگی و سلامت روان از مقدار t بحرانی بزرگتر است، بنابراین با آلفای $P < 0/05$ فرض صفر رد می‌شود و می‌توان با $0/95$ درصد اطمینان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی موجب ارتقای سلامت روانی زنان آسیب‌دیده از زلزله در این چهار بعد شده است، اما در بعد کارکرد اجتماعی چون مقدار t محاسبه شده از مقدار t بحرانی کوچکتر است، بنابراین با آلفای $P < 0/05$ فرض صفر پذیرفته می‌شود و می‌توان با $0/95$ درصد اطمینان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی در کارکرد اجتماعی زنان آسیب دیده از زلزله تفاوت معناداری نداشته است.

نتیجه‌گیری

برای ارتقای سلامت عمومی افراد آسیب‌دیده از بلایای طبیعی می‌توان از رویکردهای درمانی مختلفی استفاده کرد. یکی از مهم‌ترین این رویکردهای درمانی - که تاثیر آن در پژوهش‌های مختلف تایید شده است - رویکرد معنادرمانی است. هدف این پژوهش کمک به زنانی بود که در زلزله شهرستان زرنند دچار مشکلات مختلف روحی و روانی از جمله اضطراب، افسردگی، کاهش کارکردهای اجتماعی و مشکلاتی در وضعیت جسمانی خود شده بودند، زیرا پژوهش‌های مختلفی (مثل ناگاتا، ۲۰۰۳؛ مه نرت، ۲۰۰۶) تأثیر این رویکرد درمانی را در افزایش سلامت عمومی زنان نشان داده‌اند. انتخاب زنان به این

دلیل بود که در موقعیت‌های که بلایای طبیعی بروز می‌کند و فجایی را در زندگی انسان رقم می‌زند و مشکلاتی همچون اختلال فشار روانی آسیب‌زا رخ می‌دهد، زنان بیشتر از مردان در معرض چنین اختلالاتی قرار دارند (دوراگوئن، ۲۰۰۰؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

سلامت عمومی به عوامل متعددی بستگی دارد، یکی از این عوامل که از سوی معنادارمانگرها بیان شده است، معناتلبی است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که معنادارمانی به شیوه گروهی در مجموع به بهبود سلامت عمومی افراد کمک می‌کند. بر این اساس یافته‌های زیر به دست آمد: معنا درمانی به شیوه گروهی بر بهبود وضعیت جسمانی زنان آسیب‌دیده از زلزله مؤثر است. این یافته با نتایج یافته‌های ناگاتا (۲۰۰۳)، مه نرت (۲۰۰۶) و رودینی (۱۳۸۵)، مینی بر اثربخش بودن رویکرد معنادارمانی گروهی بر بهبود وضعیت جسمانی و کاهش نشانه‌های درد هم‌خوانی دارد. هم‌چنین نتایج پژوهش نشان داد جلسات معنادارمانی به شیوه گروهی بر بهبود اضطراب زنان آسیب‌دیده از زلزله مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های آکاجی و باس (۲۰۰۱)، رودینی (۱۳۸۵)، یوسفی (۱۳۸۵)، مینی بر اثربخش بودن رویکرد معنا درمانی گروهی بر کاهش اضطراب هم‌خوانی دارد. درباره تبیین این یافته‌ها باید گفت رویکرد معنادارمانی توانسته است با تغییر در معنا و نگرش نسبت به زندگی زنان آسیب‌دیده از زلزله وضعیت‌های نامطلوب جسمانی آن‌ها را بهبود دهد و علاوه بر این باعث کاهش اضطراب در آن‌ها شود.

یافته‌های بعدی پژوهش حاضر نشان داد جلسات معنادارمانی به شیوه گروهی بر بهبود اختلال در کارکردهای اجتماعی زنان آسیب‌دیده از زلزله تأثیری ندارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش رودینی (۱۳۸۵) که رویکرد معنادارمانی را بر سلامت عمومی و زیرمقیاس کارکرد اجتماعی را مؤثر می‌دانست، هم‌خوانی ندارد ولی با نتایج پژوهش‌های آکاجی و باس (۲۰۰۱) و وستگایت (۱۹۹۶) یوسفی (۱۳۸۵) رودینی (۱۳۸۵) هم‌خوانی دارد. درباره تبیین این نتیجه می‌توان گفت که یکی از شایع‌ترین رفتارهای که با خلق افسرده و درمانده فاجعه دیدگان متناسب است، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی است. طبق نظر والاس (۱۹۵۶)، در نشانگان فاجعه، افراد دچار بهت و افسردگی می‌شوند و در نتیجه از محیط اجتماعی کناره‌گیری می‌کنند و در خود فرو می‌روند، از آنجا که رویکرد معنادارمانی توانسته است تأثیر چشم‌گیری در کاهش اضطراب و افسردگی زنان داشته باشد، انتظار می‌رود آنان بتوانند در آینده‌ای نزدیک بر این مشکل خود نیز غلبه کنند و شاهد بهبود در عملکرد اجتماعی آنان نیز باشیم، معنادارمانی می‌تواند فرد را به گونه‌ای بسنده از وظیفه‌ی مسئولیت‌پذیری‌اش آگاه سازد و این وظیفه را برعهده خود فرد می‌گذارد که خود‌گزینش کند که در برابر چه کسی و چه چیزی مسئول است. این شیوه در کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش سلامت عمومی مؤثر بوده است.

علاوه بر این نتایج، همان‌گونه که از جدول ۳ استنباط می‌شود جلسات معنا درمانی به شیوه گروهی بر بهبود افسردگی زنان آسیب‌دیده از زلزله مؤثر بوده است، به طوری که زنان گروه آزمایش پژوهش حاضر در مقایسه با گروه کنترل از نظر افسردگی بهبودی بیشتری از خود نشان دادند و این از نظر آماری معنادار بود. می‌توان گفت همچون متغیر اضطراب تغییر در معنای زندگی افراد وقتی که آن‌ها به طور واقعی نمی‌توانند مشکلات و بلایای طبیعی را کنترل کنند، می‌تواند با تغییراتی در معنای زندگی برای خود بر فشارهای روانی و از بین بردن افسردگی ایجاد شده در اثر این بلایای تلاش کنند. هم‌چنین جلسات معنادارمانی به شیوه گروهی بر ارتقای سلامت روانی زنان آسیب‌دیده از زلزله مؤثر بوده است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های سوزویچ، مارتین، دونوف موریزسی (۲۰۰۶) ساوالاین

(۲۰۰۲) آکاجی و باس (۲۰۰۱) شیخ پور (۱۳۸۵) رودینی (۱۳۸۵) که سودمندی نظریه معنادرمانی را در افزایش سلامت روانی گزارش کرده‌اند، همخوانی دارد. درباره این یافته می‌توان گفت یکی از علل کاهش سلامت روانی افراد آسیب‌دیده از زلزله نداشتن معنا در زندگی و نپذیرفتن مسؤولیت کارهای آنان به خاطر وجود افسردگی و اضطراب می‌باشد که معنا درمانی با تکیه بر ره‌آوردهای درمانی‌اش توانسته است این افراد را در مقابل مثلث غم انگیز زندگی خود، یعنی (رنج، گناه و مرگ) از طریق ارزش‌های نگرشی و خوش‌بینی غم‌انگیز، توانا سازد. بنابراین اگر شخص در موقعیتی قرار گیرد که نتواند شرایط را تغییر دهد، می‌تواند نگرش خود نسبت به وضعیت را تغییر دهد. این کار نوعی متعالی‌کردن خود از رهگذر معنایابی است به خصوص هنگامی که رنج‌کشیدن اجتناب‌ناپذیر است. در آخر با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود:

که چنین برنامه‌های آموزشی و درمانی به وسیله مشاوران متخصص و مجرب در این حوزه، در مناطق آسیب‌دیده از زلزله به اجرا گذاشته شود و به عنوان یک روش در حوزه پیش‌گیری اولیه، برای ایجاد و حفظ بهداشت روانی و همچنین پیش‌گیری از مشکلات و نابهنجاری‌های افراد آسیب‌دیده از زلزله ایفای نقش کند.

آموزش معنادرمانی به امدادگران هلال احمر که در هنگام وقوع حوادث ناگواری مانند سیل و زلزله در محل حضور می‌یابند، تا بتوانند در افزایش امید به زندگی افراد حادثه‌دیده کمک شایانی کنند.

منابع

- جمالی، فریبا (۱۳۸۱) بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران دانشگاه الزهرا.
- رودینی، بالقیس (۱۳۸۵) بررسی سودمندی معنا درمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان دچار ویروس کاهش ایمنی انسان بیماری اکتسابی کاهش ایمنی انسان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده). تهران دانشگاه خاتم.
- ساراسون، ایروین و باربار ساراسون (۱۹۸۷) روان‌شناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم و محسن دهقانی (۱۳۷۱) جلد اول. تهران: رشد.
- سعیدی، مزگان (۱۳۷۶) بررسی چگونگی ارتباط بین هدفمندی زندگی با احساس اضطراب و افسردگی نوجوانان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی.
- فرانکل، ویکتور امیل (۱۳۶۶) انسان در جستجوی معنا، پژوهش در معنا درمانی. ترجمه: صالحیان، میلانی. تهران: نشر ویس.
- محمد پور یزدی، احمد رضا (۱۳۸۵) فرادیدی بر روان‌شناسی و روان‌درمانی وجودی. تهران: دانژه.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۲) بهداشت روانی، تهران: ققنوس.
- نجات، حمید (۱۳۸۵) بررسی تأثیر خودافشایی بر میزان سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی.
- نجات، حمید و محمود ایروانی (۱۳۷۸) «مفهوم سلامت روان مکاتب روانشناسی»، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال اول ش ۳.

نجاریان، بهمن و فرید براتی سده (۱۳۷۹) پیامدهای روانشناختی فاجعه‌ها، تهران: مسیر.
 نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۴) «مشاوره با رویکرد معنویت»، مجموعه مقالات انستیتو روانپزشکی ایران، تهران.

نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۳) نظریه‌های مشاوره و روان درمانی گروهی، تهران: سمت.
 نورکراس، جان. سی و جیمز پروچاسکا (۱۹۹۹) نظریه‌های روان درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۳) تهران: رشد.

هدایتی، ناجی (۱۳۸۵) اثربخشی مشاوره گروهی به روش معنا درمانی بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین ۱۳ تا ۱۸ سال هنرستان آزادگان سقز، پایان نامه دکترای. تهران دانشگاه علامه طباطبائی.
 یوسفی، ناصر (۱۳۸۵) «مقایسه اثربخشی دو رویکرد مشاوره‌ای و روان درمانی گشتالت درمانی و معنا-درمانی در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده شهرستان سقز»، مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، دانشگاه شهید بهشتی.

Carson, V.B. (2000). "Mental Health Nursing", (2nd ed). PP: 401-402.

Cohen, R. E. Ahearn, F.L. (1980) "Handbook For Mental Health Care of disaster victims", University press.

Dora Cohen (2000). "Women and Mental Health", PP :11

Drabek, T.E. (1986) Human system Responses to Disaster. New York : Springer verlig.

Guimon, Jose. (2004). "Relational mental Health beyond Evidence- Based Intervention", PP.1

Jankowski, Kay (2006) PTSD and mental health. available online at: <http://www.psychdirect>.

Kennedy. (2000) Geriatric Mental Health care. PP:7-10.

Kaplan, H, Sadock, B (2003) "Synopsis of Psychiatry: behavioral", Clinical Psychiatry. New York

Lifton, R. J. and Olson, E. (1976) "The human meaning of disaster". Psychiatry Vol. 39, PP: 1-18.

Lukas & Zwang Hirsch, B. (2002) "Comprehensive Handbook of psychotherapy". New York: John Wiley & sons, INC. Vol: 3. PP: 338-356.

Raphael (1986) when Disaster strikes. London: Hutchinson.

Sarason, I. G. and Sarason, B. R. (1987) *Abnormal psychology (5th Edn)*. Prentice-Hal: New York.

Silver, R., Boon, C. and stones, M.H. (1983) *searching for meaning in misfortune*. Making sense of in cest journal of social issues. PP:81-102

Taylor, A.W. and Frazer, A.G. (1982) "The stress. Of post-disaster body handing and victim identification". *Journal of Human stress* .Vol: 8. PP: 4-12

Walberg, L.R. (1988) The teqnique of psychotherapy. New York. Grune & Stratton.