

اثربخشی معنادرمانی بر میزان شادکامی و احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان

The Impact of Meaning Therapy on the Level of Happiness and Loneliness of the Infertile Spouses of Disabled Veterans

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۱۲

Farhangi, A. ✉

عبدالحسن فرهنگی ✉

Abstract

Introduction: This study was aimed at determining the effectiveness of meaning therapy on the level of happiness and loneliness of the infertile spouses of disabled veterans.

Method: The study population included all the infertile spouses of the disabled veterans who had referred to the gynecology and obstetrics ward of Sasan Hospital in Tehran (n = 800 people). To determine the sample size according to Krejcie Morgan's table (1972), at first 260 people were randomly selected, and they answered the Oxford Happiness Questionnaire (2001) and the California Loneliness Scale (1980). From among them, 30 people who had obtained the desired scores in both questionnaires were randomly selected and then divided into an experimental group (n = 15) and a control group (n = 15). The subjects in the experimental group received twelve ninety-minute sessions of meaning therapy while the control group did not receive any treatment.

Results: The obtained results were analyzed using MANCOVA statistical index, and it was revealed that the effect of meaning therapy on happiness and loneliness was significant at $p < 0.1$ level.

Discussion: Therefore, it was concluded that meaning therapy is effective in increasing the happiness and reducing the feeling of loneliness in the infertile spouses of disabled veterans.

Key words: meaning therapy, happiness, feeling lonely, infertility, disabled veteran.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی معنادرمانی بر میزان شادکامی و احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان انجام شد.

روش: جامعه پژوهش شامل کلیه همسران نابارور جانبازان مراجعه کننده به بخش تخصصی زنان و زایمان بیمارستان ساسان تهران (۸۰۰ نفر) بود. برای تعیین حجم نمونه با توجه به جدول کرجسی مورگان (۱۹۷۲)، ابتدا ۲۶۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و به پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI، ۲۰۰۱) و مقیاس احساس تنهایی کالیفرنیا (UCLA، ۱۹۸۰) پاسخ دادند، از بین آنها تعداد ۳۰ نفر که نمره موردنظر در هر دو پرسشنامه را کسب کرده بودند، به صورت تصادفی انتخاب و سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش معنادرمانی را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل، هیچ درمانی را دریافت نکردند.

نتایج: نتایج به دست آمده با استفاده از شاخص آماری تحلیل کوواریانس (MANCOVA) نشان داد که تأثیر معنادرمانی بر میزان شادکامی و احساس تنهایی در سطح $p < 0.1$ معنی دار است.

بحث: بنابراین، نتیجه گرفته شد که معنادرمانی بر افزایش شادکامی و کاهش احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان مؤثر است.

کلید واژه‌ها: معنادرمانی؛ شادکامی؛ احساس تنهایی؛ ناباروری؛ جانباز

✉ **Corresponding Author:** Assistant Professor, Tonekabon Branch, Islamic Azad University
E-mail: abdoalhassanfarhangi@yahoo.com

✉ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

مقدمه

باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند، یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است که اگر با شکست مواجه شود، می‌تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل شود. سازمان جهانی بهداشت، ناباروری^۱ را باردارنشدن یک زوج پس از یک سال روابط زناشویی بدون استفاده از روش‌های ضدبارداری تعریف می‌کند. دیموند^۲ (۲۰۰۹) نگرش نسبت به ناباروری را در چهار حیطة مشکل ناباروری، باورهای مربوط به جنسیت، مفهوم و ارزش فرزند و نقش والدینی و باورهای مربوط به شیوه‌های درمان در نظر می‌گیرد. عدم توانایی زنان برای داشتن فرزند منجر به احساس درماندگی و تجربه عواطف منفی در آنها می‌شود. ازسویی، شادکامی^۳ بر سلامتی تأثیر گذاشته و خلق شاداب و سرزنده، دستگاه ایمنی بدن را فعال می‌سازد و علاوه بر این تأثیر شادی بر سلامتی به فرایندهای شناختی از قبیل نوع نگاه به زندگی و متفاوت‌نگریستن به خویشتن مربوط است. مطالعات نشان داده است که مفهوم معنای زندگی، ارتباط تنگاتنگی با سلامت و رفاه روان‌شناختی افراد دارد. درواقع، معناداربودن زندگی، سبب پایین‌آمدن سطح عواطف منفی، احساس تنهایی^۴ و غمگینی شده و درنهایت سبب کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی می‌شود (فخار و همکاران، ۱۳۸۷). ناباروری هم یک مسئله فردی و خصوصی و هم مسئله‌ای عمومی و اجتماعی است. ناباروری تنها مشکلی پزشکی نیست؛ بلکه اغلب زندگی زوج‌های نابارور را در همه ابعاد با بحران مواجه می‌سازد. همسرانی که در این موقعیت بحرانی قرار گرفته باشند، بیش از سایرین در معرض ابتلا به افسردگی^۵، اضطراب^۶، اعتمادبه‌نفس پایین و نارضایتی هستند. پژوهش‌های مختلف وجود افسردگی و اضطراب را در زوج‌های نابارور نشان داده‌اند. مسئله

ناباروری به‌ویژه در فرهنگ ما (ایران) که تعداد زیادی از خانواده‌ها از نوع گسترده هستند و باتوجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، بعد عمیق‌تری به خود می‌گیرد چنانکه با تأخیر در حاملگی، کنجکاوی‌ها و فشارهای اطرافیان موجب نگرانی زوج‌ها می‌شود. البته این نوع نگرش تنها مربوط به جامعه ایران نیست و در جوامع دیگر نیز دیده می‌شود، به طوری که واکنش‌های مشابهی نسبت به ناباروری در جوامع مختلف وجود دارد.

شریفی (۱۳۹۳) نشان داد که ناباروری فشار روانی زیادی را در زوج‌های نابارور ایرانی و غربی (انگلیسی) ایجاد می‌کند و میزان احساس فشار روانی و سازگاری برای زنان و مردان در هر دو فرهنگ، تحت تأثیر احتمال حاملگی است. آنچه که به‌عنوان نظام باورها و نگرش^۷ زوجین نسبت به ناباروری مطرح است، شامل ساختارهای شناختی^۸، جهان‌بینی، فرضیه‌ها، منطق، ویژگی‌ها و تبیین‌هایی است که به ابعاد مختلف ناباروری مربوط است که از سه منبع عقاید و نگرش‌های همگانی، عقاید خاص فردی و باورهای مشترک زوجین سرچشمه می‌گیرد. ناباروری مشکل حدود ۱۵ - ۱۰ درصد زوجین است. حدود ۴۰٪ از مشکلات ناباروری مربوط به مردان، ۴۰٪ مربوط به زنان و حدود ۴۰٪ مربوط به هر دو جنس است. حدود ۱۰٪ از زوج‌ها نیز عامل ناباروری مشخص نیست. از دیگر پیامدهای روانی ناباروری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: هویت منفی، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، فقدان کنترل شخصی، خشم، زودرنجی، افسردگی، اندوه، اضطراب، حسادت، کاهش عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس و بی‌معنایی. احساس سوگ و فقدان نیز یک چالش احساسی توأم با ناباروری است. در اغلب موارد زوج‌های نابارور واقعاً کسی را ازدست نداده‌اند، بلکه آنها بالقوه شاهد مرگ آرزویشان برای داشتن

فرزند هستند. احساس معنا در زندگی یکی از عواملی است که می‌تواند فشارهای روانی مرتبط با ناباروری را تعدیل نماید. در صورتی که فرد معنا و هدف زندگی خود را محدود به داشتن فرزند نماید، هنگام رویایی با ناباروری، احساس ناامیدی و پوچی می‌کند که این امر خود می‌تواند پیامدهای تجربه فشار روانی ناباروری را تشدید نماید (بهرامی، ۱۳۹۴). هنگامی که مراجعان اظهار می‌کنند در زندگی هیچ معنا و مفهومی ندارند، معلوم می‌شود که آنها پذیرفته‌اند که زندگی دارای معنا و مفهومی است که نمی‌توانند آن را پیدا کنند. معنادرمان‌گران می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا از دفاع‌های اضطراب بی‌معنایی آگاهی بیشتری پیدا کرده و دریابند که تاچه‌اندازه جستجوی مراجعان برای ثروت، لذت، قدرت، شهرت و مقام از عدم موفقیت در رویارویی با موضوعات وجودی بی‌معنایی سرچشمه می‌گیرد و در نهایت مسئله این است که تنهایی، انزوا و رنج مشکل اکثر مردم است (جمالی، ۱۳۹۲). هنریچ^۹ (۲۰۰۶) معتقد است احساس تنهایی به معنای تفاوت بین سطح مطلوب و سطح موجود روابط اجتماعی افراد است و هرچه این تفاوت بیشتر باشد، احساس تنهایی بیشتر است.

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی معنادرمانی^{۱۰} بر میزان شادکامی و احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان انجام شده است. فرضیه‌های پژوهش شامل: معنادرمانی بر میزان شادکامی و احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان مؤثر است. معنادرمانی بر میزان احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان مؤثر است. معنادرمانی بر میزان شادکامی همسران نابارور جانبازان مؤثر است.

سودانی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان مقایسه شادکامی در دو گروه از زنان نابارور و زنان بارور نشان داد که بین دو گروه زنان نابارور و زنان بارور

از لحاظ شادکامی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان شادکامی زنان بارور بیشتر است. رنجبران و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی معنادرمانی بر احساس تنهایی زنان نابارور نشان داد که مشاوره گروهی معنادرمانی کیفیت زندگی زنان نابارور را بهبود می‌بخشد. همچنین براساس یافته‌های پژوهش، افزایش احساس حمایت اجتماعی موجب کاهش احساس تنهایی در زوجین نابارور شده است. لذا برقراری روابط صمیمانه توأم با ارزش و احترام موجب ارتقای احساس حمایت اجتماعی در زوجین نابارور می‌شود. هاشمی (۱۳۹۴) پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی آموزش معنادرمانی بر شادکامی زنان نابارور انجام داد. نتایج نشان داد که تفاوت بین میانگین شادکامی، پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون در دو گروه آزمون و شاهد معنی‌دار بود. همچنین میانگین نمرات شادکامی گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون افزایش معنی‌داری پیدا کرده بود. صولتی (۱۳۸۷) در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی آموزش معنادرمانی بر میزان امید به زندگی و کاهش استرس زنان نابارور انجام داد. نتایج نشان داد آموزش معنادرمانی موجب افزایش امید به زندگی و کاهش میزان استرس زنان نابارور بوده است. نصیری (۱۳۸۷) در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی معنادرمانی بر رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان نشان داد که معنادرمانی بر رضایت از زندگی و سلامت روان دارای اثر مثبت است. ژولوم^{۱۱} (۲۰۱۳) اثر بخشی معنادرمانی در بیماران که معنای زندگی را از دست داده بودند را به‌طور معنی‌داری مؤثر یافت. لیجیمول^{۱۲} (۲۰۱۲)، اثر معنادرمانی را در افزایش کیفیت زندگی و معنای زندگی مؤثر یافت. کانگ^{۱۳} (۲۰۰۹) در پژوهشی اثر بخشی آموزش معنادرمانی در زنان مبتلا به سرطان را مورد آزمون قرار داد که هدف از آن معنا بخشی به

زندگی بیماران بود. نتایج نشان داد که معنادرمانی بر کاهش رنج و افزایش معنابخشی به زندگی بین زنان بیمار اثربخش بوده است.

روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. هر دو گروه دو بار مورد سنجش قرار گرفتند. اندازه‌گیری اول با اجرای یک پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم، پس از اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایشی، انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه همسران نابارور جانبازان مراجعه‌کننده (۸۰۰ نفر) به بخش زنان و زایمان بیمارستان ساسان تهران در سال ۱۳۹۷ بود. برای تعیین حجم نمونه با استفاده از جدول کرجسی مورگان (۱۹۷۲)، ابتدا ۲۶۰ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و پرسشنامه‌های شادکامی و احساس تنهایی را تکمیل نمودند. از میان آنها ۸۰ نفر دارای نمره شادکامی پایین و نمره احساس تنهایی بالا بودند. از بین این ۸۰ نفر، ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. برای آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنادرمانی گروهی اجرا شد. درحالی‌که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. برای اندازه‌گیری میزان شادکامی از پرسشنامه آکسفورد^{۱۴} (OHI) (ارجیل و همکاران، ۲۰۰۱) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۹ ماده می‌باشد که هر کدام دارای ۴ عبارت است که آزمودنی باید یکی از آنها را انتخاب کند. امتیاز هر ماده بین ۰ تا ۳ است. بعد از اینکه آزمودنی در هر ماده یکی از گزینه‌ها را انتخاب کرد امتیازها با هم جمع شده و امتیاز کلی به‌دست می‌آید. امتیاز کلی بین ۰ تا ۸۷ است (کار^{۱۵}، ۲۰۰۴، ترجمه پاشاشریفی و همکاران، ۱۳۸۵).

به‌منظور بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد نمونه‌ای متشکل از ۱۴۲ مرد و ۲۲۷ زن ایرانی، ۱۸ تا ۵۳ ساله با میانگین ۲۵ سال، فهرست شادکامی آکسفورد، پرسشنامه شخصیتی آیزنک^{۱۶} (EPQ، ۱۹۹۹) و فهرست افسردگی بک^{۱۷} (BDI-II)، بک و دیگران، ۱۹۷۹) را تکمیل کردند. بررسی همسانی درونی فهرست شادکامی آکسفورد نشان داد که تمام ۲۹ گزاره این فهرست با نمره کل، همبستگی بالایی داشتند. آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک و زیرمقیاس‌های برون‌گرایی و نوروژگرای EPQ به‌ترتیب برابر با ۰/۴۸، ۰/۴۵ و ۰/۳۹- بود که روایی همگرا و واگرای فهرست شادکامی آکسفورد را تأیید کرد.

نتایج تحلیل عاملی با استخراج ۵ عامل رضایت از زندگی، عزت‌نفس، بهزیستی فاعلی، رضایت‌خاطر و خلق مثبت توانست با ارزش ویژه بزرگتر از ۱ در مجموع ۴۹/۷ درصد واریانس کل را تبیین کند. یافته‌های پژوهش نشان داد که پرسشنامه شادکامی آکسفورد برای اندازه‌گیری شادکامی در جامعه ایرانی از اعتبار و روایی مناسب برخوردار است. روایی این مقیاس در مطالعات مختلف از جمله علی‌پور و نوربالا (۱۳۸۷) با ۱۰۱ آزمودنی آلفای ۹۳ درصد را به‌دست آورده‌اند. ارجیل و لو^{۱۸} (۱۹۹۸) ضریب آلفای ۹۰ درصد را با ۳۴۷ آزمودنی، فارنهایم و برونیک^{۱۹} (۱۹۹۹) ضریب آلفای ۸۷ درصد را با ۱۸۰ آزمودنی به‌دست آورده‌اند. برای اندازه‌گیری احساس تنهایی از مقیاس تجدیدنظرشده احساس تنهایی^{۲۰} (UCLS) استفاده شد. این مقیاس توسط کاترونا^{۲۱} (۱۹۸۰) ساخته شد. این مقیاس تجدیدنظرشده با توجه به مقیاس اصلی UCLS ساخته شد. گزارش‌ها شواهدی مبنی بر اعتبار هم‌زمان این ابزار سنجش فراهم آورد.

ارسال شد. هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها توضیح داده شد که سوالات را براساس تجربیات و احساسات خود در شش ماه گذشته پاسخ دهند. برای پرکردن پرسشنامه‌ها محدودیت زمانی وجود نداشت. در تکمیل هم‌زمان پرسشنامه‌ها ترتیبی داده شد که طی آن نیمی از مراجعه‌کنندگان ابتدا به پرسشنامه‌های احساس تنهایی و شادکامی؛ و گروه دیگر ابتدا به پرسشنامه شادکامی و سپس به پرسشنامه احساس تنهایی پاسخ دهند. به این ترتیب اثرات ناشی از ترتیب تکمیل پرسشنامه‌ها کنترل شد. از روش‌های آماری میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات، برای نشان دادن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها بهره گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) در محیط نرم‌افزار SPSS20 استفاده شد.

جلسات معنادرمانی فراتکل: اصول کلی درمان شامل موارد زیر است: ۱. کمک به مراجعین جهت یافتن معنا در زندگی خود؛ ۲. جهت‌دهی مجدد مراجعین برای انجام فعالیت‌های زندگی؛ ۳. آموزش مسئولیت‌پذیری به منظور تقویت اراده؛ ۴. تبدیل ظرفیت ناهوشیار به رفتار هوشیار جهت افزایش آگاهی خود؛ ۵. کمک به مراجعین جهت افزایش حوزه‌های بصری در زمینه معناها و ارزش‌ها.

این مقیاس دارای ۲۰ ماده است که نمره فرد حاصل جمع نمرات ۲۰ ماده است. این شاخص شامل عبارات توصیفی است و نمره‌گذاری آن به این صورت است که ماده‌های شماره ۲۰، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند؛ یعنی کسی که پاسخ یک را علامت بزند، نمره ۴ می‌گیرد و بقیه ماده‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. ۴ گزینه‌ای که شخص باید یکی از آنها را انتخاب کند عبارتند از «هرگز» «به ندرت» «گاهی اوقات» «اغلب». نمره فرد در این مقیاس، به وسیله جمع اعداد گزینه‌های انتخاب شده محاسبه می‌شود که حداقل آن ۲۰ و حداکثر ۸۰ است. در این پژوهش نمره بالاتر از میانگین (نمره ۴۵)، نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر و نمره پایین‌تر از میانگین (نمره ۳۵)، حاکی از احساس تنهایی کم‌تر در نظر گرفته شد. در زمینه هنجاریابی مقیاس احساس تنهایی UCLS، داورپناه (۱۳۷۳) پژوهشی انجام داد و ضریب آلفای ۷۸ درصد را گزارش نمود. برای اجرای پژوهش به مرکز مشاوره ناباروری حضرت مریم (س) ساری مراجعه نموده، دعوتنامه‌ای همراه با یک رضایت‌نامه مبنی بر میل و رغبت برای شرکت در آزمون برای بیمارانی که در ماه‌های فروردین و اردیبهشت در مرکز ناباروری حضرت مریم برای مشاوره و ویزیت نوبت داشتند،

| |
|--|
| <p>جلسه اول:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ساماندهی جلسات و توجیه آزمودنی‌ها؛ - آشنایی اعضای گروه با هم؛ - آشناساختن اعضای گروه برای همبستگی گروهی معنادرمانی. |
| <p>جلسه دوم:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل؛ - ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی گروهی بین اعضا؛ - افزایش مشارکت تمام اعضا در گروه. |

| |
|---|
| <p>جلسه سوم:</p> <p>- ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل و دادن پسخوراند؛</p> <p>- ایجاد همدلی و درک متقابل اعضا از یکدیگر؛</p> <p>- افزایش گفتگوی اعضا با یکدیگر و شناخت پذیرش احساسات ناامیدانه در اعضای گروه.</p> |
| <p>جلسه چهارم:</p> <p>- ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل و دادن پسخوراند؛</p> <p>- افزایش و تعمق خود آگاهی درونی و آگاهی از شناخت‌های مرتبط با رفتارهای ناامیدانه؛</p> <p>- حضور در زمان حال، معناخواهی و جستجوی معنی با آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت.</p> |
| <p>جلسه پنجم:</p> <p>- ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل و دادن پسخوراند؛</p> <p>- آشنایی با نیازهای جسمانی - روانی و بین فردی؛</p> <p>- درک رابطه نیازها با رفتارها</p> <p>- شناخت نحوه بروز رفتارها در نیازهای بین فردی و جهت‌دهی به نیازها.</p> |
| <p>جلسه ششم:</p> <p>- ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل و دادن پسخوراند؛</p> <p>- آشنایی با مفهوم روان‌شناختی و بین فردی آزادی و انتخاب رابطه آنها؛</p> <p>- آگاهی از جایگاه و پیامدهای آزادی و انتخاب در سلامت و عدم سلامت؛</p> <p>- درک رابطه فرار از آزادی و عدم انتخاب.</p> |
| <p>جلسه هفتم:</p> <p>- ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل و دادن پسخوراند؛</p> <p>- افزایش مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران؛</p> <p>- بهبود رابطه با دیگران</p> <p>- تحلیل نقش مسئولیت‌پذیری در رشد شخصی و اجتماعی</p> <p>- ترغیب اعضا به پذیرش مسئولیت نسبت به خود و اطرافیان زندگی.</p> |
| <p>جلسه هشتم:</p> <p>- ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل و دادن پسخوراند؛</p> <p>- درک و پذیرش تنهایی به‌عنوان واقعیت غیرقابل اجتناب؛</p> <p>- درک عدم مغایرت تنهایی با نزدیکی به دیگران؛</p> <p>- درک نقش صمیمیت در تحمل احساس تنهایی.</p> |
| <p>جلسه نهم:</p> <p>- ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل و دادن پسخوراند؛</p> <p>- قبول واقعیت مرگ؛</p> <p>- درک واقعیت مرگ برای پربار شدن زندگی؛</p> <p>- کشف معنای نهفته در روابط و رنج‌های اعضا.</p> |
| <p>جلسات دهم، یازدهم و دوازدهم:</p> <p>- ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل و دادن پسخوراند؛</p> <p>- در این سه جلسه پایانی اعضای گروه با اصول و روش‌های معنادرمانی آشنا شدند؛</p> <p>- تکنیک قصد متضاد یا متناقض برای مؤلفه‌های اصلی ناامیدی به اعضای گروه، آموزش داده شد.</p> |

یافته‌ها

جدول ۱. آزمون اندازه اثر ترکیبی براساس لامبدای ویلکز

| لامبدای ویلکز | F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری | مجذور سهمی اتا |
|---------------|-------|--------------|--------------|---------------|----------------|
| ۰/۲۲۸ | ۴۲/۲۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۱ | ۰/۷۷ |

باتوجه به نتایج جدول فوق، اثر آموزش معنادرمانی بر میزان شادکامی و احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان در یک متغیر ترکیبی (سرزندگی) اثر معنی داری داشته است ($P < 0/1$). مقادیر مجذور اتا که در جدول فوق مشاهده می‌شود، سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید می‌شود. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار بزرگتر از $0/14$ باشد، میزان اثر زیاد است. مجذور سهمی اتا شدت این اثر را ($0/77$) نشان می‌دهد که بیانگر شدت اثر بسیار بالاست. بنابراین آموزش معنادرمانی بر میزان

شادکامی و احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان به صورت معنی دار مؤثر بوده است. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های سودانی و همکاران (1392)، شریفی (1393)، نصیری و همکاران (1387)، غلامی، پاشا و سودانی (1391)، علی‌پور و نور بالا (1387)، ژولوم (2013) و لیجیمول (2012) همسو می‌باشد. بنابراین، تأثیر آموزش معنادرمانی در کاهش احساس تنهایی و افزایش شادکامی را تأیید می‌کند. فرضیه فرعی اول: آموزش معنادرمانی بر میزان شادکامی همسران نابارور جانبازان مؤثر است.

جدول ۲. نتایج آزمون اثر معنادرمانی بر میزان شادکامی همسران نابارور جانبازان

| متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری | مجذور سهمی اتا |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|----------------|
| | SS | dF | Ms | | | P.S.E |
| شادکامی | ۶۶۳/۶۴ | ۱ | ۶۶۳/۶۴ | ۲۰/۳۶ | ۰/۱ | ۰/۴۴ |
| خطا | ۸۴۷/۶۹ | ۲۶ | ۳۲/۶ | | | |

باتوجه به نتایج جدول ۲ اثر آموزش معنادرمانی بر میزان شادکامی همسران نابارور جانبازان با $F(1,26) = 20/36$ مؤثر بوده است. ($P < 0/1$) مجذور سهمی اتا شدت این اثر را ($0/44$) نشان می‌دهد. این مسئله بیانگر آن است که میانگین متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل متفاوت است. بنابراین، آموزش معنادرمانی بر میزان شادکامی همسران نابارور جانبازان به طور معنی داری مؤثر بوده است. پژوهش

حاضر با یافته‌های سودانی و همکاران (1392)، شریفی (1393)، نصیری و همکاران (1387)، غلامی، پاشا و سودانی (1391)، علی‌پور و نور بالا (1387)، ژولوم (2013) و لیجیمول (2012) همسو می‌باشد. فرضیه فرعی دوم: آموزش معنادرمانی بر میزان احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان مؤثر بوده است.

جدول ۳. نتایج آزمون اثر معنادرمانی بر میزان احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان

| متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری | مجذور اسمی اتا |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|----------------|
| | Ss | dF | Ms | | | P.S.E |
| احساس تنهایی | ۶۹۰/۶۷ | ۱ | ۶۹۰/۶۷ | ۵۶/۵۴ | ۰/۱ | ۰/۶۹ |
| خطا | ۳۱۷/۶۰ | ۲۶ | ۱۲/۲۲ | | | |

باتوجه به نتایج جدول ۳ آموزش معنادرمانی بر میزان احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان با $F(۲۶,۱) = ۵۶/۵۴$ به شکل معنی داری مؤثر بوده است. ($P < ۰/۱$) مجذور سهمی اتا شدت این اثر را (۰/۷۶) نشان می‌دهد. پژوهش حاضر با یافته‌های سودانی و همکاران (۱۳۹۲)، شریفی (۱۳۹۳)، نصیری و همکاران (۱۳۸۷)، غلامی، پاشا و سودانی (۱۳۹۱)، علی‌پور و نور بالا (۱۳۸۷)، ژولوم (۲۰۱۳) و لیجیمول (۲۰۱۲) همسو می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

احساس تنهایی، مجموعه‌ای پیچیده از احساس‌ها، شناخت‌ها، پریشانی‌ها و تجربه هیجان‌های منفی است که از کمبودهای ادراک شده فردی در روابط خصوصی و اجتماعی ناشی می‌شود. احساس تنهایی، انزوا و ناامیدی، از مهم‌ترین و شایع‌ترین شکایات زنان نابارور می‌باشد. ناباروری در زنان، حتی ممکن است آنها را به بی‌معنایی در زندگی سوق دهد. شواهد نشان می‌دهد، احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و به‌ویژه ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت زنان نابارور را تحت تأثیر قرار داده است. البته پژوهشگران معتقدند عوامل بسیاری، از جمله افسردگی، اضطراب، وضعیت سلامت روانی، افکار خودکشی، حمایت کم خانواده، درآمد پایین، عملکرد جسمی ضعیف و بیماری خود و همسر، با احساس تنهایی در ارتباطند. نظر به اینکه یکی از عوامل زمینه‌ساز احساس تنهایی محدودیت‌ها فصلنامه روانشناسی نظامی، دوره ۱۱، شماره ۴۲، تابستان ۱۳۹۹

و کمبودهای ادراک شده است، همسران جانبازان نه تنها با محدودیت شخصی ناباروری مواجه هستند، بلکه محدودیت‌های ویژه همسران آنها (جانبازان) نیز علی‌رغم اینکه این مسئله را پذیرفته‌اند و آگاهانه تصمیم به ازدواج گرفته‌اند، می‌تواند در درازمدت موجب افزایش شدت احساس تنهایی آنها شود. همان‌گونه که یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، احساس تنهایی یک عامل سبب‌شناختی در سلامت و بهزیستی است و پیامدهای آنی و درازمدت جدی در بهداشت روانی دارد. حتی احساس تنهایی می‌تواند موجب تحلیل قوای جسمانی و ذهنی زنان نابارور شود. بنابراین، اگر زنان نابارور احساس تنهایی نداشته باشند، مسلماً عملکرد جسمانی و روانی بهتری خواهند داشت. به‌همین دلیل، زنان نابارور برای سالم‌زیستن، به سازگاری فراوانی نیاز دارند؛ به‌ویژه زنانی که علاوه بر محدودیت‌های شخصی با محدودیت‌های همسران خود نیز مواجه هستند. در این شرایط، لزوم توجه به منابع درونی و روان‌شناختی جهت مقابله با شرایط زنان نابارور، به‌وضوح احساس می‌شود. بنابراین، بسیار مهم است که پیش‌بینی‌کننده‌ها، همبسته‌ها، متغیرها و عوامل مؤثر بر احساس تنهایی و معنا در زندگی زنان نابارور شناسایی، اندازه‌گیری و کنترل شوند تا در نتیجه به کاهش احساس تنهایی و افزایش معنا در زندگی زنان نابارور کمک شود و بر احساس مثبت آنها از زندگی افزوده شود. می‌توان گفت ایجاد اراده معطوف به معنا به‌عنوان یک انگیزه بنیادی در همسران

(کیسا^{۲۲}، ۲۰۱۶). انسان هرگاه به خواسته‌های خویش مانند مال، قدرت و نفوذ، موفقیت، علم، ایمان و تقوا نایل شود، در خود حالتی از شادی و سرور را احساس می‌کند. بنابراین، شادی امری نسبی و مبتنی بر اهداف زندگی انسان است. شادکامی، تأثیر مهمی در موفقیت افراد دارد. افراد شادکام، نگرشی خوش‌بینانه نسبت به وقایع و رویدادهای اطراف خود دارند و به جای سوگیری منفی نسبت به اتفاقات پیرامون خود، سعی در استفاده بهینه از این رویدادها دارند. نظریه معنادرمانی فرانکل معناجویی را جوهر اساسی زندگی افراد دانسته و بر این اصل اساسی تأکید می‌ورزد که آسایش از مسیر سختی و رنج عبور می‌کند. به‌دیگر سخن زندگی تحت هر شرایطی، معنادار و انگیزش اصلی برای زیستن، میل به معنا می‌باشد. بنابراین، باید نیروی پنهان خود را با نشان دادن اهداف آتی و غایی برانگیخت و در نتیجه خود را به زندگی آینده علاقه‌مند و امیدوار کرد. به عقیده فرانکل، معناها به‌عنوان دلایل و انگیزه‌های رفتار، انسان را جذب و به زندگی نشاط می‌دهند. معنادرمانی موجب پذیرش مسئولیت احساسات و اعمال خود و یافتن معنا و هدف زندگی می‌شود. در روش معنادرمانی به افراد کمک می‌شود تا رفتار و مسئله مشکل‌ساز را نادیده بگیرند. ازسویی، خودشکوفایی پیامد هدف‌مند بودن زندگی است. به‌عبارتی با هدف‌مند شدن زندگی استعدادهای بالقوه فرد شکوفا می‌شود. در نتیجه معناهای همواره در حال تغییر رشد کرده و موجب شکل‌گیری زندگی معنادار "هر روز بهتر از دیروز" می‌شوند. نباید فراموش کرد که ممکن است، حتی در مواجهه با یک موقعیت ناامیدکننده نیز در زندگی معنی را یافت. اگر شخصی معنایی را که در جستجوی آن است بیابد، آماده است تا برای آن رنج ببرد، فداکاری کند و حتی اگر لازم باشد جان خود را نیز برسر آن بگذارد. کسی که دلیلی

جانبازان راحت‌تر شکل می‌گیرد، زیرا آنها محدودیت‌های همسر خود را از قبل پذیرفته‌اند؛ اگرچه دشواری‌های خاص زندگی آنها در درازمدت می‌تواند اثر منفی در پذیرش داشته باشد. ازسویی زنان ناباروری که این شرایط (ناباروری) را پذیرفته‌اند، نسبت به زنان ناباروری که پیگیر درمان‌های ناباروری هستند و هنوز موفق به فرزندآوری نشده‌اند، مشکلات روانی کم‌تری دارند. مطالعات گذشته نشان می‌دهد که این مسئله شدیداً به داشتن فرزند بستگی دارد؛ به‌ویژه برای افرادی که با هدف یاری‌رسانی به شخص دیگری گزینه ازدواج را برگزیده‌اند. البته متخصصان معتقدند که یافته‌های آنان تنها از رابطه میان آرزوهای محقق‌نشده برای داشتن فرزند و بیماری‌های شدید روانی حکایت دارد و این به‌معنای تأثیر بچه‌دارنشدن بر ایجاد مشکلات روانی نیست. به‌طوری‌که زنانی که عامل ناباروری آنان همسرانشان هستند یا ناباروریشان دلیل نامعلومی دارد، وضعیت روانی بهتری دارند. همچنین زنانی که شروع درمان آنها در سنین بالاتری صورت گرفته است، نسبت به زنانی که در سنین پایین‌تری شروع به این کار می‌کنند در وضعیت روانی بهتری قرار دارند. علاوه‌براین، زنان با تحصیلات بالاتر نیز در این زمینه از سلامت روان بهتری نسبت به زنان با تحصیلات پایین‌تر برخوردارند. همه این موارد، بیانگر نقش مهم مراقبت‌ها و حمایت‌های روان‌شناختی از زنان نابارور به‌ویژه سازگاری آنها با این مسئله در بلندمدت دارد. نظریه‌های روان‌شناسی می‌گویند که هرچه یک هدف برای فردی بارزتر باشد، تحمل نرسیدن به آن برایش سخت‌تر خواهد بود. نداشتن اهداف معنی‌دار در زندگی نیز عامل دیگری در ایجاد مشکلات سازگاری است. پس به نفع این زنان است تا اهداف دیگری را نیز در زندگیشان قرار دهند که یکی از این اهداف می‌تواند کارهای بیرون از منزل باشد

منابع

۱. بهرامی، احسان (۱۳۹۴)، اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی و کاهش احساس تنهایی زنان نابارور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
۲. جمالی، فریبا (۱۳۹۲)، بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در زنان نابارور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی، تهران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا (س).
۳. رنجبران، شایسته؛ کیانی، لیلا و زارع، مریم (۱۳۹۴)، اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، دوره ۱۶ شماره ۳ (پیاپی ۶۱).
۴. سودانی، م.؛ شجاعی، م.؛ و نیسی، ع. (۱۳۹۲)، اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته، مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱(۲)، ۴۳ - ۵۴.
۵. شریفی، مریم (۱۳۹۳)، بررسی ارتباط احساس تنهایی زنان نابارور با مشخصات فردی - اجتماعی آنان در شهر رشت: مجموعه مقالات کنگره بررسی مسایل سالمندی در ایران و جهان، تهران: کتاب آشنا.
۶. علی‌پور، احمد و نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸)، بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۵، شماره ۱ و ۲.
۷. فخار، فرشاد؛ نوابی‌نژاد، شکوه و فروغان، مهشید (۱۳۸۷)، تأثیر مشاوره با رویکرد معنادرمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند، مجله سالمندی ایران، ش ۷: ۵۷ - ۶۷.
۸. فرانکل، ویکتور امیل (۱۳۶۶)، انسان در جستجوی معنا: پژوهش در معنا درمانی، ترجمه نهضت صالحیان و میلانی، تهران: انتشارات نشر ویس.
۹. نصیری، حبیب‌اله و جوکار، بهرام (۱۳۸۷)، معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی)، پژوهش زنان، ش ۲: ۱۵۷ - ۱۷۶.
۱۰. هاشمی، حسین (۱۳۹۴)، اثربخشی آموزش معنادرمانی بر شادکامی زنان نابارور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد

برای زندگی کردن داشته باشد، تقریباً هر شرایطی را می‌تواند تحمل کند. درمقابل اگر معنایی وجود نداشته باشد، شخص تمایل به خودکشی دارد، حتی اگر همه نیازهایش از تمامی جنبه‌ها نیز برآورده شود. کسانی که معنای زندگی را در یک حادثه درمی‌یابند، به‌لحاظ روانی و جسمی از کسانی که با چنین تجربه‌هایی مواجه نمی‌شوند، سالم‌ترند. معنای زندگی می‌تواند با تزریق مسئولیت به زندگی، توان مقابله با مشکلات زندگی را افزایش دهد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از پرسشنامه بود. پیشنهاد می‌شود برای پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی (احساس تنهایی و کاهش شادکامی) ناشی از ناباروری، در طول دوره درمان احتمال شکست روش‌های درمانی به بیمار یادآوری شده و پس از درمان نیز در صورت موفقیت‌آمیز بودن یا نبودن درمان، مشاوره‌های روان‌شناختی صورت گیرد.

پی‌نوشت

1. Infertility
2. Demond
3. Happiness
4. Feeling of loneliness
5. Depression
6. Anxiety
7. Attitude and beliefs system
8. Cognitive structure
9. Henrich
10. Logotherapy
11. Julom
12. Ligimol
13. Kang
14. Oxford Happiness questionnaire
15. Car
16. Eisenk personality questionnaire
17. Beck Depression questionnaire
18. Arjell and low
19. Farnhaim and Broonik
20. University California Loneliness
21. Katrona
22. Kaisa

رشته روان‌شناسی، تهران: دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء(س).

1. Russell, D., Peplau, L.A. & Curtona, C.E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminated validity. *Journal of Personality and Social Psychology* 39(3): 472-480.
2. Damond, F., (2009), *Infection ,Genetics and Evolution*.volume 46, December 2016, pages 233-240.www.Science Direct.
3. Henrich, L.M., & Gullone, E. (2006) . The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review* (26): 695-718.
4. Julom, M., & Guzmán, D. (2013). The Effectiveness of Logotherapy Program in Alleviating the Sense of Meaninglessness of Paralyzed In-patients, *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 13(3), 357-371.
5. Kang, K. A., I m, J. I., Kim, H. S., Kim, S. J., Song, M. K., & Sim, S. (2009). The effect of logo therapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of terminal cancer. *Korean Aced Child Health Nurse*, 15, 136-144.
6. Lawrence, M. B. (1984). Loneliness and theory of consciousness. *Review of Existential Psychology*, 15 (1) ,19-31.
7. Ligimol, J. (2012). *The Effect of Logotherapy on Meaning and Quality of Life of the Elderly in Old Age Homes*. Other thesis, Christ University
8. Rathi, N., & Rastogi, R.(2007). Meaning in life and psychological well-being in pre-adolescents and adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33(1), 31-38.
9. Schulenberg SE, Hutzell RR, Nassif C, Rogina JM. Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2008; 45(4):447-63. 22
10. Wong PT . Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2010; 40(2):85-93.