مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال سوم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۸۹

بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها و...)بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان

***مهرانگیز شعاع‌کاظمی:** استادیار مشاوره، دانشگاه الزهراء
معصومهٔ سعادتی: کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه الزهراء

چکیده

مقدمه: هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی آموزش ابعاد مختلف معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها) بر کاهش ناامیدی زنان سرطانی شهر تهران در سال۱۳۸۹-۱۳۸۸ می‌باشد.

روش بررسی: جامعه آماری این تحقیق را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان که برای دریافت خدمات مشاوره‌ای به انجمن سرطانی-های گمنام مراجعه می‌کردند، تشکیل داد. از جامعه موردنظر، ۱۲ نفر که دارای ناامیدی بیشتری بودند انتخاب و تحت عنوان گروه آزمایش مورد آزمون قرار گرفتند. آموزش معنادرمانی طی ۸ جلسه انجام شد و در خاتمه گروه بار دیگر مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها: طرح پژوهش پیش‌تجربی با یک گروه بود. (پیش آزمون– پس آزمون تک گروهی) ابزار پژوهش مقیاس ناامیدی بک با ۲۰ سوال بود که پایایی آن ۰/۷۲ است.

داده ها ونتایج به دست آمده از آزمون T وابسته حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون (M= ۸/۶۶) و پس‌آزمون (M= ۲/۵۰) در نمره کل مقیاس تفاوت معناداری وجود دارد. (t= ۹/۶۷ ،P<۰/۰۰۱) به عبارت دیگر این مداخله توانسته است میزان ناامیدی گروه زنان سرطانی را کاهش دهد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که علاوه بر خدمات دارودرمانی از روشهای مشاوره و روانشناسی نیز جهت بهبودی بهتر بیماران و افزایش امید به زندگی استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: بیماران زن، سرطان پستان، مداخله معنادرمانی

*نشانی نویسندهٔ پاسخگو: تهران، دانشگاه الزهراء، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، مهرانگیز شعاع کاظمی
تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۴۹۹۳۷ نشانی الکترونیک: M_shkazemi@yahoo.com

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-18]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.1.5.5]

مقدمه

سرطان[1] و رنج ناشی از آن یکی هولناک‌ترین تجربیات بشری است. با پیشرفت بیماری، بیماران در معرض انواع گوناگونی از ناراحتی‌ها قرار می‌گیرند. این ناراحتی‌ها اغلب به‌صورت اضطراب، افسردگی و ناامیدی نمایان می‌شوند. به‌ویژه در مراحل پیشرفتهٔ بیماری فرد به‌شدت با ترس از مرگ روبه‌رو می‌شود. علاوه بر این احساس تنهایی، بیگانگی، افسردگی و تحریک پذیری در این مراحل به‌شدت افزایش می‌یابد. بسیاری از بیماران در این مرحله به‌دنبال یافتن "معنایی برای زندگی" خود هستند. درواقع، بیماران سرطانی علاوه بر آسیب‌های طاقت‌فرسای فیزیکی و عملکردی با مسئلهٔ از دست‌دادن هدف، بی‌ارزشی و بی‌معنی بودن زندگی مواجه می‌شوند[۱].

کاربرد روش‌های درمانی رایج (جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی) موجب علاج قطعی بیش از دوسوم بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. با این وجود بیماران تشخیص سرطان را یکی از دردناک‌ترین و منقلب‌کننده‌ترین رخدادهایی می‌دانند که برای آن‌ها اتفاق افتاده است[۲].

هر چند سرطان باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود، اما به‌تازگی مشخص شده است که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت‌بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارند بدون اینکه عملاً به‌وجودآورنده و سازندهٔ آن‌ها باشند. بسیاری ازمشکلات این بیماری می‌تواند از طریق دانش پزشکی، حمایت‌های عاطفی، اطلاعات مفید، ایمان و عشق تعدیل و تسهیل گردد[۴].

بیماران سرطانی که نسبت به مرگ قریب الوقوع خود اطلاع می‌یابند، اغلب بعد از انکار و خشم دچار افسردگی می‌شوند که افسردگی‌شان مشمول برخی از احساسات و رفتارها می‌شود و از آن جمله می‌توان به احساس ضایعه و فقدان، شکست، نومیدی و یأس، درماندگی، احساس بی‌معنایی و پوچی اشاره کرد. افسردگی می‌تواند دامنه‌ای وسیع داشته باشد. بدبینی نسبت به آینده، کاهش حرمت نفس و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایت بودن.

ناامیدی یعنی دلمردگی ناشی از افسردگی که می‌تواند خود را به شکل ازدست رفتن امید به آینده نشان دهد. در این شرایط فرد احساس می‌کند نامطبوع خواهد بود و در موارد شدید خود احساس می‌کند که آینده برایش وجود ندارد[۵]. بک تأکید دارد که ناامیدی بُعدی از افسردگی است که بیشتر شناختی است تا عاطفی. یعنی فرد از نظر مبانی شناختی به نوعی ناامیدی در احتمال وقوع تغییرات مثبت و حل مشکلات می‌رسد که این ناامیدی بیش از سایر جنبه‌های افسردگی با خودکشی در ارتباط است[۶].

ازنظر فرانکل بیماران سرطانی که به‌طور جدی با مرگ روبه‌رو شده‌اند، آمادگی و زمینهٔ لازم برای درک و بینش بهتری از زندگی دارند، به‌خاطر اینکه مواجهه با مرگ، آن‌ها را به یک حالت پوچی، بیهودگی و بی‌معنایی نسبت به زندگی رسانده است [۷].

بیمار مبتلا به سرطان نه‌تنها باید با تومورهای سرطانی بجنگد، بلکه باید با مشکلات خانوادگی (اختلال در نقش جنسی، ناتوانی در انجام نقش‌های خانوادگی و اختلال در روابط اجتماعی)، مشکلاتی در تأمین هزینه‌های درمان و ناتوانی در انجام فعالیت‌های شغلی خود دست به گریبان باشد که همهٔ این‌ها نیازمند یادگیری مهارت‌ها و آموزش جدید و یا به‌کارگیری روش‌های جدیدی است که از عهدهٔ بیمار خارج است و نیاز به حمایت از طرف دیگران از جمله روان‌درمان‌گر دارد[۸].

یکی از راهبردهای درمانی رایج برای کاهش ناامیدی در زندگی بیماران صعب‌الاعلاجی چون سرطان، رویکرد معنادرمانی است. معنادرمانی روشی از رویکرد وجودی است که زمینهٔ فلسفی و نظری عالی برای کار گروهی فراهم می‌آورد. کار گروهی معنادرمانی می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش‌یافتن معنی در زندگی‌شان آماده کند. نگرش وجودی، رویکردی پویا است که بر روی چهار علاقه که ریشه در هستی یا وجود انسان دارد تأکید می‌کند: مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی[۹].

اصول و روش درمانی فرانکل را لوگوتراپی تشکیل می‌دهد. لوگوتراپی روشی است که در آن بیمار در جهتی راهنمایی می‌شود که معنی زندگی خود را بیابد. بنابراین اصول لوگوتراپی تلاش برای یافتن معنی در زندگی است که اساسی‌ترین نیروی محرکهٔ هر فرد در دوران زندگی است[۶].

بر اساس نظر فرانکل دو سطح از معنا وجود دارد:
۱- معنای حاضر ۲- فرامعنا

[1] Cancer

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-18]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.1.5.5]

فرانکل اعتقاد دارد که دومی محصول موقعیت خاص است نه کل زندگی، زیرا فرامعنا در بُعد فراانسانی ما مخفی است. هرکس باید معنای خاص حاضر را کشف کند و فقط خود افراد معنای خاص حاضر را می‌دانند. درمانگر خواست مراجع را برای رسیدن به حوزه‌هایی که معانی در آن پیدا می‌شود تسهیل می‌کند و او را راهنمایی می‌نماید[۱۰].

ما معنی را در زندگی کشف نمی‌کنیم بلکه آن را در زندگی خود می‌آفرینیم. مسئله این نیست که به زندگی چه پاسخی باید داد، زندگی فرآیند جاری است که باید آن را تجربه کرد نه مسئله‌ای که باید آن را حل کرد[۱۱].

لازمهٔ جستجوی معنا مسئولیت شخصی است. هیچ کس و هیچ چیز دیگر نه پدر، نه مادر، نه همسر و نه مردم نمی‌توانند به ما احساس معنا و منظور در زندگی بدهند. این مسئولیت خود ما است که راهمان را پیدا کنیم و آنگاه که یافتیم در آن پایداری نماییم[۱۲].

انسان وقتی با وضعی اجتناب‌ناپذیر مواجه می‌گردد و یا با سرنوشتی تغییرناپذیر روبرو است، مانند یک بیمار درمان‌ناپذیر و یا مبتلا به بعضی از انواع سرطان، این فرصت را یافته است که به عالی‌ترین ارزش‌ها و به ژرف‌ترین معنای زندگی یعنی رنج کشیدن دست یابد. درد و رنج بهترین جلوه‌گاه ارزش وجودی انسان است و آنچه اهمیت بسیار دارد، شیوه و نگرش فرد نسبت به رنج است و شیوه‌ای که این رنج را به دوش می‌کشد.

یکی از اصول اساسی لوگوتراپی این است که توجه انسان‌ها را به این مسئله جلب می‌کند که انگیزهٔ اصلی و هدف زندگی، گریز از درد و لذت بردن نیست، بلکه معنی‌جویی زندگی است که به زندگی مفهوم می‌بخشد[۱۳].

قصد متضاد[2] و اندیشه‌زدایی[3] دو تکنیک اصلی لوگودرمانی برای بیماران روان زاد هستند. هر دو روش بر خصوصیات اصلی انسان یعنی تعالی خویشتن و از خود جدامانی[4] تأکید دارد. توضیح دادن، ضرب‌المثل‌های پیشنهادی، به‌کارگیری تشبیهات، چشم‌اندازهای وسیع در مورد معنا، پیداکردن معانی زندگی از طریق روش آموزش سقراطی، آموزش اهمیت قبول مسئولیت برای معنا، کمک به مراجعان تا به وجدانشان گوش کنند و پرسش از مراجعان دربارهٔ معناها جزء روش‌های آگاهی وجودی هستند[۱۴].

کانگ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش معنادرمانی بر کاهش رنج و یافتن معنا در نوجوانان مبتلا به سرطان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی باعث کاهش رنج بیماران مبتلا به سرطان و یافتن معنایی مثبت در زندگی آنان می‌شود[۱۵]. همچنین در پژوهشی دیگر لیزا ساند (۲۰۰۸) به بررسی چالش‌ها و مسائل مربوط به بیماران مبتلا به سرطان پرداخت و با استفاده از مفاهیم فرانکل (مسئولیت، آزادی و ارزش) نشان داد که آموزش این مفاهیم و کاربرد آن‌ها تسکین‌دهندهٔ آلام و کاهش‌دهندهٔ استرس آنان می‌باشد[۱۳].

تزا جارسما و همکاران(۲۰۰۷) نیز تأثیر معنادرمانی را در ارتباط با مسائل بیماران مبتلا به سرطان بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که تجربهٔ معنا در زندگی برای بیماران سرطانی رابطهٔ مستقیم و مثبتی با سازگاری روانی – اجتماعی و رابطهٔ منفی با استرس دارد[۱۴]. هم‌چنین ناگوچی و همکاران (۲۰۰۶) بریت بارت، گیبسون و همکاران(۲۰۰۴) و ناگاتا (۲۰۰۳) به بررسی نقش روان-درمانی با تأکید بر معنایابی در بیماران بیماری‌های مزمن پرداخته‌اند. نتایج حاکی از آن است که روان درمانی در کاهش اختلالات روانی بیماران مبتلا به سرطان مخصوصاً ناامیدی مؤثر بوده‌است[۱۵،۱و۱۸]. در ایران، تحقیقاتی در این زمینه توسط رودینی (۱۳۸۵) در مورد تأثیر معنادرمانی بر سلامت روان بیماران مبتلا به ایدز و شیخ پور (۱۳۸۴) در مورد تأثیر معنادرمانی در افزایش امید به زندگی معلولین و سبحانی فرد (۱۳۸۰) بررسی تأثیر روان‌درمانی در کاهش اختلالات روانی مبتلایان سرطان پستان انجام گرفته است. همهٔ این پژوهش‌ها بیان‌کنندهٔ این مطلب هستند که روان‌درمانی مخصوصاً معنادرمانی در کاهش اختلالات روانی از جمله ناامیدی تأثیر مثبت و معناداری دارد[۸].

سؤال اصلی پژوهش: آیا آموزش معنادرمانی بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؟

روش بررسی

طرح پژوهش، پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه آزمودنی است. به‌دلیل شرایط خاص پژوهش و اینکه

[2] Paradoxial intention
[3] Dereffection
[4] Self- detachement

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-18]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.1.5.5]

آزمودنی‌های پژوهش همگی زن بودند و دچار افسردگی نیز بودند و به‌کلی امید به بهبود را از دست داده بودند. لذا تمایلی به همکاری و حتی شرکت در گروه رایگان نشان نمی‌دادند به همین دلیل به‌ناچار از طرح پیش تجربی که صرفا از یک گروه استفاده می‌شود، استفاده شد که نسبت به سایر طرح‌های تجربی از محدودیت‌های بیشتری برخوردار است و در تعمیم نتایج و نتیجه‌گیری بیشتر باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

T_1 X T_2 در این روش به‌دلیل کاربرد پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه آزمودنی به پژوهشگر این اجازه را می‌دهد که با توجه به نمرات آزمودنی در پیش‌آزمون، تشخیص دقیق‌تر و صحیح‌تری را از اثر متغیر مستقل بر آزمودنی‌ها به‌دست آورد[۱۶].

جامعهٔ آماری

جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ زنان مبتلا به سرطان پستان بود که در سال ۸۸ به انجمن سرطانی‌های گمنام برای دریافت خدمات مشاوره‌ای مراجعه کرده بودند. با توجه به موقعیت خاص پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. برای انتخاب آزمودنی‌ها با توجه به متغیر مستقل پژوهش یعنی آموزش مفاهیم معنادرمانی به شیوهٔ گروهی، ملاک‌های انتخاب اعضای گروه از نظر میشل گیبسون در نظر گرفته شده است. وی معتقد است که رمز موفقیت گروه در انتخاب اعضای آن است و باید علاقهٔ مشترک، داوطلب بودن، اشتیاق به شرکت در گروه و قابلیت اعضاء جهت شرکت در فرآیند گروه رعایت شود[۱۵].

روایی و اعتبارابزار پژوهش(مقیاس ناامیدی بک)

ابزار اصلی پژوهش حاضر پرسشنامهٔ ناامیدی بک است. مقیاس ناامیدی بک (۱۹۷۴)جهت بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارات منفی فرد دربارهٔ حوادث آینده ساخته شده است. این مقیاس توسط بک و همکارانش در مرکز شناخت‌درمانی دانشگاه پنسیلوانیا ابداع شد. این آزمون دارای ۲۰جمله است که طرز فکر و روحیهٔ فرد را بیان می‌کند. جملات به‌صورت صحیح یا غلط جواب داده می‌شوند. دامنهٔ تغییرات بین ۰ تا ۲۰ می‌باشند[۱۷]. روایی و پایایی این آزمون در مطالعات مختلف به‌ویژه در زمینهٔ گرایش‌های خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته است و همبستگی‌های مختلفی از ۰/۳۶ تا ۷۶/. با مقیاس افسردگی بک، ۵۶/. با مقیاس بالینی ناامیدی و ۷۴/. با وجود افکار و گرایش‌های خودکشی نشان داده است[۱۸]. نتایج بررسی اعتبار آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ حاکی از آن است که میزان اعتبار این آزمون در سطح رضایت‌بخش است و مقدار آن ۰/۷۲ به‌دست آمد.

جدول ۱: تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمرهٔ کل ناامیدی

گروه	حجم نمونه	میانگین پیش‌آزمون	خطای استاندارد میانگین	میانگین پس‌آزمون	خطای استاندارد میانگین	t	df	سطح معنی‌داری
آماره	۱۲	۸/۶۶	۰/۲۸	۲/۵	۰/۶۹	۹/۶۷	۱۱	۰/۰۰۱

داده های پژوهش

نتایج حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون (M =۸/۶۶) و پس‌آزمون(M =۲/۵۰) در نمرهٔ کل مقیاس ناامیدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی این مداخله توانسته است میزان ناامیدی را در گروه زنان مبتلا به سرطان کاهش دهد ($t(11) = 9/67$ ،$P<0/001$) .

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-18]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.1.5.5]

جدول ۲: تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمرهٔ یأس در دستیابی به خواسته‌ها

گروه	حجم نمونه	میانگین پیش آزمون	خطای استاندارد میانگین	میانگین پس‌آزمون	خطای استاندارد میانگین	t	df	سطح معنی‌داری
آماره	۱۲	۲/۰۸	۰/۲۲	−۰/۱	۰/۲۴	۳/۲۲	۱۱	۰/۰۰۱

نتایج حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون (M =۲/۰۸) و پس‌آزمون(M =۱/۰) در نمرهٔ یأس در دستیابی به خواسته‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی این مداخله توانسته است میزان یأس در دستیابی به خواسته‌ها را در گروه زنان مبتلا به سرطان کاهش دهد(P< ۰/۰۰۱، ۲۲ / ۳ = (t(۱۱).

جدول ۳: تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمرهٔ ناامیدی در آینده

گروه	حجم نمونه	میانگین پیش آزمون	خطای استاندارد میانگین	میانگین پس آزمون	خطای استاندارد میانگین	t	df	سطح معنی‌داری
آماره	۱۲	۱/۵۸	۰/۲۲	۰/۵	۰/۱۹	۳/۴۶	۱۱	۰/۰۰۱

نتایج حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون(M =۱/۵۸) و پس‌آزمون(M =۰/۵۰) در نمرهٔ ناامیدی در آینده تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی این مداخله توانسته است میزان ناامیدی در آینده را در گروه زنان مبتلا به سرطان کاهش دهد (P<۰/۰۰۱، ۴۶ /۳ = (t(۱۱).

جدول ۴: تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمرهٔ نگرش نسبت به آینده

گروه	حجم نمونه	میانگین پیش آزمون	خطای استاندارد میانگین	میانگین پس آزمون	خطای استاندارد میانگین	t	df	سطح معنی‌داری
آماره	۱۲	۱/۵۸	۰/۱۹	۰/۴۲	۰/۱۹	۴/۸۴	۱۱	۰/۰۰۱

نتایج حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون(M =۱/۵۸) و پس‌آزمون(M =۰/۴۲) در نمرهٔ نگرش نسبت به آینده تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی این مداخله توانسته است میزان نگرش مثبت نسبت به آینده را در گروه زنان مبتلا به سرطان افزایش دهد (P< ۰/۰۰۱،۸۴ /۴ = (t(۱۱) .

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-18]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.1.5.5]

جدول ۵: تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمرهٔ دورنمای زندگی

گروه	حجم نمونه	میانگین پیش‌آزمون	خطای استاندارد میانگین	میانگین پس‌آزمون	خطای استاندارد میانگین	t	df	سطح معنی‌داری
آماره	۱۲	۱/۹۱	۰/۲۵	۰/۱۶	۰/۱۱	۵/۷۴	۱۱	۰/۰۰۱

نتایج حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون(M =۱/۹۱) و پس‌آزمون(M =۰/۱۶) در نمرهٔ دورنمای زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی این مداخله توانسته است میزان دورنمای مثبت به زندگی را در گروه زنان مبتلا به سرطان افزایش دهد (p<۰/۰۰۱، ۷۴/ ۵ = (t(۱۱) .

جدول ۶: تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون در اعتماد به آیندهٔ گروه

گروه	حجم نمونه	میانگین پیش‌آزمون	خطای استاندارد میانگین	میانگین پس‌آزمون	خطای استاندارد میانگین	t	df	سطح معنی‌داری
آماره	۱۲	۱/۵۰	۰/۱۹	۰/۴۱	۰/۱۹	۴/۱۶	۱۱	۰/۰۰۲

نتایج حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون(M =۱/۵۰) و پس‌آزمون(M =۰/۴۱) در میزان اعتماد به آیندهٔ گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی این مداخله توانسته است میزان اعتماد به آیندهٔ گروه را در گروه زنان مبتلا به سرطان افزایش دهد P<۰/۰۰۱، ۱۶/ ۴ = (t(۱۱).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به سؤال اصلی پژوهش «آیا آموزش معنادرمانی بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان مؤثر می‌باشد؟» نتایج حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون (M= ۸/۶۶) و پس‌آزمون(M=۲/۵۰) در نمرهٔ کل مقیاس ناامیدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی این مداخله توانسته است میزان ناامیدی را در گروه زنان مبتلا به سرطان پستان کاهش دهد (P<۰/۰۰۱، ۶۷/ ۹ = (t(۱۱). درنتیجه فرض صفر رد و فرض محقق مبنی بر کاهش ناامیدی گروه پذیرفته می‌شود. یافته‌های این پژوهش با پژوهش کانگ و همکاران (۲۰۰۹)، لیزا ساند (۲۰۰۸)، جارسما و همکاران (۲۰۰۷)، ناگوچی و همکاران (۲۰۰۶)، بریت بارت، گیبسون (۲۰۰۴)، رودینی (۱۳۸۵)، شیخ‌پور (۱۳۸۵)، هزاروسی (۱۳۸۴) و سبحانی‌فرد (۱۳۸۰) مبنی بر سودمندی مداخلات معنادرمانی بر کاهش ناامیدی و کاهش اختلالات روانی همسو می‌باشد [۱و۱۵-۱۲].

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت:

در لوگوتراپی برروی این نکته که ناامیدی به‌علت بی‌معنا شدن زندگی ایجاد می‌شود، تأکید می‌کند. به‌عبارتی وقتی فرد به علت مسائل و مشکلاتش زندگی را بی‌معنا می‌پندارد، دچارسرخوردگی و ناامیدی می‌شود. زندگی را سراسر هراس می‌بیند که به هیچ روشی نمی‌تواند بر این هراس خود غلبه کند. خود را موجودی دست و پا بسته در مقابل حوادث روزگار می‌بیند. فرد مبتلا به سرطان فردی است که زندگی را بی‌معنا می‌بیند،

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-18]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.1.5.5]

احساس می‌کند به آخر خط زندگی خود رسیده است، بدون اینکه به ارزش و هدف زندگی پی ببرد، زندگی خود را با دیگران مقایسه می‌کند و پیوسته این سؤال برای او مطرح است که چرا من به این بیماری هراس‌انگیز مبتلا شده‌ام. همواره به‌دنبال دلیلی برای رنج و درد خود می‌گردد.

کاسل تأکید می‌کند که معنای رنج بهتر است از درد و رنج به تنهایی. پایه و اساس بی‌معنایی در زندگی غفلت، درماندگی و ناامیدی است. انسان موجودی است که همواره به‌دنبال معناست حتی برای رنج و درد دلیلی می‌خواهد به‌طوری‌که وقتی به این معنا دست یافت، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسان‌تر و حتی در مواقعی دلپذیر هم می‌باشد. درواقع، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا بتواند معنای نهفته در این شرایط پیش‌آمده را کشف کند. زمانی که فرد معنای نهفته را کشف کند، دیگر احساس درماندگی و ناامیدی نخواهد کرد. یکی از اصول اساسی لوگوتراپی این است که هدف زندگی گریز از درد و رنج و لذت بردن نیست بلکه معناجویی زندگی است به‌همین دلیل انسان‌ها رنجی را هم که معنایی برای آن پیدا می‌کنند با میل می‌پذیرند. یأس به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های ناامیدی زمانی در فرد ایجاد می‌شود که فرد، بیماری خود را صعب‌العلاج می‌داند. زندگی خود را تمام‌شده تلقی می‌کند و به این نتیجه می‌رسد که دیگر از دست کسی کاری ساخته نیست، به‌خصوص خودش هیچ‌کاری برای بهبود خود نمی‌تواند انجام دهد. خود را در رسیدن به اهداف و آرزوهایش ناتوان می‌بیند. درواقع، بر اساس نظریهٔ افسردگی بک، انسان‌ها براساس چند رویداد منفی تعمیم افراطی می‌دهند و فکرشان را تخریب می‌کنند. شرکت در چنین جلسات آموزشی با تأکید بر معنا، هدف و ارزش‌های زندگی و همچنین تعامل با همتایان خود مسئولیت‌پذیری را در فرد افزایش می‌دهد. فرد با قبول این مسئولیت و پذیرش بیماری به فعالیت و تلاش برای بهبود خود تشویق می‌شود.

این امر زمینه را برای افزایش اعتماد به نفس و کاهش افسردگی فراهم می‌کند.

با توجه به نظریه‌های شناختی می‌توان گفت که شرکت در چنین جلساتی می‌تواند بسیاری از تحریفات شناختی از قبیل بایدها و الزامات را تصحیح و به‌جای آن واژه‌های گاهی اوقات را جایگزین کند. فرد را از حالت گزینش شخصی و استنباط‌های شخصی خارج و او را نسبت به محیط منعطف‌تر می‌کند. درواقع، با توجه به نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی مراجع محوری راجرز، گشتالت درمانی و معنادرمانی فرانکل اصل پذیرش مسئولیت از اهمیت خاصی برخوردار است. فرد با حس مسئولیت احساس می‌کند که کنترل امور و اوضاع زندگی‌اش از دستش خارج نشده است و می‌تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی کنترل اوضاع را در دست داشته باشد. احساس حاکمیت و تسلط بر امور زندگی و تغییر کنترل درونی به کنترل درونی ناامیدی و یأس در رسیدن به خواسته‌ها درفرد می‌انجامد. از طریق این گونه مداخلات به بیمار کمک می‌شود تا زمان حال و بهبود فعلی خود را کوچک تلقی نکند و از آینده‌ای که هنوز نیامده است، یأس و ترس نداشته باشد. براساس دیدگاه واقعیت درمانی گلاسر، فرد واقعیت و آزادی را که دو نیاز اساسی زندگی می‌باشد، به‌خوبی حفظ می‌کند و از آن استفادهٔ مناسب را می‌برد. آزادانه زمان حال را انتخاب می‌کند، با واقعیت‌های فعلی مواجه می‌شود و زندگی می‌کند.

مبتلا شدن به سرطان رویدادی است که فرد ناخواسته در معرض آن قرار گرفته است، اما این آزادی و توانایی را دارد که نوع پاسخ خود را به این بیماری سخت انتخاب کند. وقتی بیمار احساس کند که قادر است برای بهبود خود کاری انجام دهد و این آزادی را دارد که در قبال شرایط بیرونی، موضع خاصی را اتخاذ کند و در برابر شرایط تسلیم محض نیست، آینده‌ای روشن برای خود ترسیم می‌کند. از نگاه معنادرمانی فرد این قدرت را دارد که نه‌تنها تحت تسلط شرایطی که با آن روبرو است قرار نگیرد، بلکه این شرایط است که خواه‌ناخواه مطیع عزم اوست. از طرف دیگر ترس از تنهایی و تنهاشدن مخصوصاً برای جمعیت زنان، یکی از مسائل مهمی است که با آن درگیر هستند. بیمار به این نتیجه می‌رسد که هرگز اوضاع و احوالش مطابق با میلش نیست و بعد از این نیز آنگونه که آرزو دارد شرایط با او یار نخواهد بود. به این باور درونی می‌رسد که زندگی بی‌ارزش و بی‌معناست زیرا همواره در رسیدن به آرزوهایش ناکام مانده است و علاوه بر این درگیر مشکلی شده است که توانایی حل آن را ندارد. آموزش‌های معنادرمانی با تأکید بر آزادی و مسئولیت باعث می‌شود که بیماران موقعیت خود را تغییر دهند،

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-18]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.1.5.5]

تمایل به زندگی را در خود قوت بخشند و با افسردگی و درماندگی روبرو شوند و درنهایت احساس خوشبینی نسبت به آینده در آنان شکل گیرد. درواقع، در لوگوتراپی مباحثی چون ارزش‌ها و فرامعنا فرد را به این مهم رهنمون می‌سازد که وظیفهٔ انسان این نیست که بی‌معنایی زندگی را تحمل کند، بلکه باید برای زندگی‌اش معنایی بسازد. همچنین اگر ما نتوانیم که معنایی برای سختی‌های خود پیدا کنیم به این معنا نیست که زندگی و سختی‌هایش معنایی ندارد. شرکت در گروه و آموزش‌های معنادرمانی فرصت مناسبی است که فرد احساسات و هیجانات خود را ابراز کند. تأکید بر پذیرش فرد همانگونه که هست و تقویت توانایی‌های بالقوه‌ای که در وجود او برای غلبه بر مشکلاتش نهاده شده است، باعث کاهش اضطراب و ناامیدی فرد می‌شود، اعتماد به نفس او را تقویت می‌کند و به توانایی‌هایش برای رسیدن به اهدافش در آینده امیدوار می‌شود. درواقع، با توجه به نظریه‌های مراجع محوری راجرز، گشتالت درمانی و آدلری اصل پذیرش مسئولیت از اهمیت خاصی برخوردار است. فرانکل می‌گوید: انسان‌بودن یعنی مسئول بودن! راجرز می‌گوید. فرد مسئول، فردی شکوفاکننده است که از دگرسالاری یا کنترل‌شدن توسط دیگران و محیط خود به خودمختاری و کنترل درونی تغییر می‌یابد. از دیدگاه گشتالت‌درمانی اجتناب از تماس، عامل ایجادکنندهٔ اضطراب است. همچنین درماندن از بیان آزردگی‌ها جلوی تجربهٔ کامل گشتالتی را می‌گیرد. چنین فردی احساس اضطراب می‌کند و دچار تنش می‌شود. فرد بیمار تمایلی به صحبت در مورد بیماری ندارد که این اجتناب از تماس باعث افزایش اضطراب او می‌شود. درمانگر به او کمک می‌کند تا از طریق تماس و برقراری ارتباط با بیماری و انکار نکردن آن راه‌های تنش را باز کند و گشتالت را کامل کند. همچنین برقراری ارتباط کلامی با عضو آسیب‌دیده و انجام گفت و شنود در مورد چگونگی بیماری و بیان احساسات، باعث کامل شدن گشتالت می‌شود و قدرت پذیرش بیماری از طرف بیمار افزایش می‌یابد. فرد مبتلا به سرطان که احساس می‌کند توانایی کنترل محیط را ندارد، نسبت به آینده ناامید می‌شود اما، با قبول مسئولیت و درک آزادی و انتخاب می‌تواند بر اوضاع مسلط شود و معنایی برای شرایط به‌وجودآمده پیدا کند. با تسلط یافتن بر اوضاع و شرایط و یافتن معنا، ناامیدی در او کاهش می‌یابد و احساس کنترل درونی در او افزایش می‌یابد و درنهایت نسبت به آینده و به‌دست آوردن آنچه انتظارش را دارد، امیدوارتر می‌شود.

به‌طور کلی با توجه به نتایج به‌دست آمده از تحقیقات مشابه در این زمینه می‌توان گفت که آموزش مطالب وجودی در همهٔ زمان‌ها بخصوص در مراقبت‌های پایان زندگی، یک نیاز اساسی است. سه عنصر معنویت، آزادی و مسئولیت‌پذیری نقش مهمی در سلامت روان انسان دارد. در شیوهٔ معنادرمانی، فرض بر این است که چنانچه فرد در زندگی هدف و معنایی داشته باشد، توانا خواهد بود بر اضطراب، افسردگی، ناامیدی و به عبارتی بر اختلال‌های روانی چیره گردد و با تکیه بر آزادی در گزینش زندگی، مسئول زندگی و خودش باشد. در معنادرمانی، انسان به چیزی که روحانی یا وجودی است پی می‌برد تا با تکیه بر آزادی در گزینش زندگی، مسئول زندگی و خودش باشد. در معنادرمانی انسان به چیزی که روحانی یا وجودی است پی می برد. زیرا از این شاهراه است که می‌توان انسان را از زبان مسئول بودنش تعریف کرد.

معنادرمانی می‌کوشد فرد را به گونه‌ای از وظیفهٔ مسئولیت پذیری‌اش آگاه سازد.

محدودیت پژوهش

عدم دسترسی به گروه کنترل جهت مقایسهٔ میزان تأثیر متغیر مستقل معنادرمانی، عدم تعمیم نتایج پژوهش به سایر بیماران مبتلا به سرطان.

پیشنهاد

علاوه بر خدمات دارودرمانی از روش‌های مشاوره و روانشناسی نیز می‌توان جهت بهبود بیماران و افزایش امید به زندگی استفاده نمود.

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-18]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.1.5.5]

References

1. Noguchi W, Morita S, Ohno T,.Aihara O, Tsujii H, Shimozuma K, Matsushima E. Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical. (2006): 112.
2. Harison F.(2008). Internal medicine. translate by tarahomi.tehran tabib publisher 1387.
3. Esfehani F. Knowledge about cancer and chemical therapy. Journal of cancer knowledge. Atehe hospital 1380; l4: 34-45.
4. Mohageg A. Knowledge of cancer. Tehran.science publisher. 1380.
5. Abbasabadi M. Study & comparative EQ& sadness in boys adolescence 14-18 in kerman. Thesis of MS. Alammeh university. 1388: 52.
6. Dejekam N. Beck sadness scale about students of Tehran university. Thesis of MS of Tehran university. 1383.
7. Frankel.V(1977). Logotherapy. Translate by mohammadpour. Tehran danjeh publisher 1382.
8. Hezarosi.B. Applied of group counseling with logotherapy in increase of hopeness in cancer patient. Thesis of MS. Alammeh university. 1384: 43.
9. Corey G. Theory and practice in group counseling and therapy .Ga;brooks-cde. .(1995)
10. Wong.PTP. Meaning in life and meaning in death in successful aging. Pensilvania: Brunner-mazel. 2000.
11. Prochesca J, NorcrossC(1999). Theories of psychotherapy. Translated by seyed mohammadi. Tehran. Rushed publisher. 1383.
12. Kang K, Jea IM, Kim IM, Hee-su K, Shing-jeang K, Mi-Kyung S, Sonyong S. The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning , and spiritual well-being of Adolescents with Terminal cancer. Journal ofCurrent Directions in Psychological Science 2009: 312.
13. Sand L. Existential challenges and coping in palliative cancer care, experiences of patients and family members,karolinska institutet Stockholm. 2008.
14. Jaarsma TA, Pool G, Ranchor AV, Sanderman R. The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patient. Psychooncology 2007; 16(3): 241-8.
15. Gibson M. Basic of counseling & guidance. Translate by sanahi.tehran behsat publisher. 1370.
16. Naderi E, Safe M. Procedure & evalution in educational science. Tehran. Kokab publisher. 1363.
17. Hedaheti N. The effectiveness group counseling in decrease of sadness in adolescence 13-18 sagges city. MS Thesis. Alammeh university. 1385: 45.
18. Nagata.K. A study of logotherapy for chronic low back pain patient. Journal of human resource 2003: 82-5.

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-18]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.1.5.5]