مجله علمی پژوهش درمدیریت ومطالعات اجتماعی، شماره ۲۴ ، تابستان ۱۴۰۰جلد۲، ص۳۳-۲۲
http://www.jmss.ir

اثر بخشی معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا برافزایش امید به زندگی افراد سالمند پس از جراحی قلب

مجله علمی پژوهش درمدیریت ومطالعات اجتماعی (سال هفتم)
شماره ۲۴ / تابستان ۱۴۰۰ / ص ۳۳-۲۲

زینب بریمانی[۱]، سید حوزه حسینی[۲]، اصغر نوروزی[۳]

نویسنده مسئول:
زینب بریمانی

چکیده

جراحی قلب باز که در درمان بیماری عروق کرونر انجام می شود، شامل پیامدهای روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی و کاهش امید به زندگی در بیماران می شود، با استفاده از روش های روان درمانی در این بیماران می توان پیش اگهی وطول مدت بستری را بهبود بخشید، لذا پژوهش حاضر به منظور اثر بخشی معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا برافزایش امید به زندگی افراد سالمند پس از جراحی قلب انجام شد . پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون –پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری است . نمونه پژوهش شامل۳۰ نفر بود که بطور تصادفی ساده از میان سالمندان جراحی شده، انتخاب شدند. ابزار گرد آوری اطلاعات در این پژوهش پرسش‌نامه دموگرافیک وپرسشنامه امید به زندگی اسنایدر بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، برای بررسی سؤال‌های پژوهش از آمار استنباطی(تحلیل کوواریانس (آنکوا)) استفاده شد. نتایج این تحقیق نشان داد در زمان پس آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با دو گروه آزمایش اختلاف معناداربوده است. و می توان با بکارگیری معنادرمانی مبتنی براندیشه های مولانا میزان امید به زندگی بیماران پس از جراحی قلب را افزایش داد.

کلید واژه ها: معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا،امید به زندگی، سالمند، جراحی قلب

مقدمه

بیماریهای قلبی عروقی یکی از علت های اصلی مرگ و میر در کشورهای مختلف جهان است؛ که حتی با وجود ابداع روش های مختلف درمانی هنوز دارای شیوع بالایی می باشد (اصغری،۱۳۸۸). یکی از روشهای درمان در این بیماری روش های جراحی مانند بای پس عروق کرونر میباشد جراحی عروق کرونر یک حادثه تروماتیک بوده و اضطراب زیادی را برای بیماران ایجاد میکند، بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی پس از جراحی اغلب دچارعوارض جسمانی نیزعوارض روانشناختی می شوند. کیفیت زندگی این بیماران نیز معمولا در اثر احساسات همزمان افسردگی اضطراب خشم واسترس کاهش می یابد (اصغری،۱۳۹۱). یکی از روش های درمانی در این بیماران معنا درمانی است، روشی از رویکرد وجودی است که به مراجعان جهت چالش با یافتن معنا در زندگی کمک میکند، این رویکرد نوعی نگرش نسبت به تعدادی مفاهیم است مانند زندگی ومرگ امید وناامیدی بودن ونبودن تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره ای از زندگی که با مرگ از نزدیک روبرو است(نیف[۱]،۲۰۰۳). درمان مبتنی بر معنا مخصوص و برای کسانی است که با ناکامی وجودی و ناتوانی در یافتن "دلیلی برای زندگی کردن"روبرو شده اند. انسان وقتی با سرنوشتی تغییرناپذیر یا بیماری درمان ناپذیر روبرو است یعنی فرصت دست یابی به ژرفترین معنای زندگی یعنی رنج کشیدن را یافته است. یکی از اصول اساسی معنا درمانی این است که توجه انسانها را به این مسئله جلب کند که انگیزه و هدف اصلی در زندگی گریز از درد و لذت بردن نیست بلکه معنا جویی زندگی است که به زندگی مفهوم میبخشد(بریتبارت و همکاران۲۰۰۴). زمانی که فرد معنای نهفته را کشف کند دیگر احساس درماندگی و ناامیدی نخواهد کرد(خالدیانو سهرابی۱۳۹۳). بر این اساس معنا درمانی گروهی می تواند به افراد کمک کند تا معنایی در زندگی خود بیابند و در پناه حمایت های اجتماعی به دست آمده با غم و اندوه بیماری های مزمن و در نهایت مرگ سازگار شوند(زنجیران و همکاران ۱۳۹۳). در روانشناسی نام معنا درمانی با ویکتور فرانکل تداعی میشود، اما مفاهیم موجود در معنا درمانی را میتوان در آثار ادبی بزرگان و عرفای مشرق زمین که از میان آانان مولانا جلال الدین محمد بلخی جایگاه ویژه ای دارد جستجو کرد در مثنوی نمونه ها و مصادیقی نزدیک به مفاهیم روانشناسی وجود دارد و مولوی با شناخت ویژه ای که از انسان و روان آدمی دارد راههایی را برای درمان مشکلات روحی انسان پیشنهاد میکند (احمدی۱۳۸۹). مولوی همچون روانکاوی حرفه ای با ذکر حکایات و ادبیات برای شناخت لایه های درونی آدمی به ذکر نکاتی کارآمد می پردازد و با این روش آدمی را در شناخت هر چه بیشتر خود و دیگران و رفع نقص ها و در نتیجه رسیدن به آرامش روانی –روحانی هدایت میکند(غیاثی۱۳۸۲). در نهایت مثنوی مولانا به عنوان شعری آموزنده با طرح حکایات مختلف میتواند الگوهای رفتاری مناسب و وسیله ای برای روان درمانی باشد و تاثیر ویژه ای بر روی مراجع ایجاد نماید. در پژوهشی که نوروزی و همکارانش(۱۳۹۶) با عنوان مقایسه اثر بخشی معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا با درمان پذیرش و تعهد در بهزیست روانشناختی سالمندان انجام دادند، نتایج به دست آمده نشان داد معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا و درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش روانشناختی سالمندان میشود.همچنین یافته ها نشان داد بین اثر بخشی دو گروه معنا درمانی و درمان پذیرش وتعهد بر روانشناختی سالمندان تفاوت معنا داری وجود دارد .این نتایج می تواند پشتوانه محکمی برای بکار گیری معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا در کنار دوره های توانبخشی روانشناختی برای سالمندان باشد.علت اثر بخشی معنا درمانی مبتنی براندیشه های مولانا در این پژوهش این است که مولانا درمانی روش بومی سازی شده و متناسب با فرهنگ است ودر سنین سالمندی که به مرحله انسجام و یکپارچگی رسیده اند معنایابی و نگاه معنوی به جهان و بشریت اهمیت خاصی پیدا می کند پس معنا در مانی می تواند با ایجاد معنا و هدف منجر به سازگاری سالمندان احساس خوب روانشناختی و دلیل زنده ماندن در آنها شود (مارتین[۲]،۱۹۹۰)، با توجه به شیوع رواج بیماریهای قلبی عروقی در بین سالمندان و کاهش امید به زندگی در آنان پس از جراحی قلب بر روی توانایی بیماران در اجرای مراقبت از خود و همکاری در برنامه های بازتوانی و عود مجدد لزوم توجه به وضعیت سالمندان پس از جراحی قلب را بر می انگیزد، لذا پژوهش حاضردر جستجوی این سوال است که آیا معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا بر افزایش امید به زندگی سالمندان پس از جراحی قلب موثر است؟

روش اجرا:

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بسط یافته با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی سالمندان دارای ۶۰ سال و بالاتر که در بیمارستان فاطمه زهرا شهر ساری تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته‌اند، است. که از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده، انتخاب شد. این تعداد از لحاظ امید به زندگی بررسی شدند. افراد

---

[۱] Nife
[۲] Martin

بر اساس معیارهای ورود و خروج به مطالعه انتخاب شدند. و از این تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و با همین روش در ۳ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند.

ملاک های ورود آزمودنی‌ها

۱-سالمند باشند

۲-مبتلا به اختلال روانی شدیدی نباشند به ویژه اختلالهای شناختی از جمله « دمانس، آلزایمر، پارکینسون و «.. و اختلالهای جسمانی حرکتی مانند» ناشنوایی، فلج و در ۲ ماه گذشته داروی اعصاب و روان مصرف نکرده باشند.

۴-تمایل به شرکت در جلسات درمانی داشته باشند.

۵-زندگی در کنار خانواده

۶-سالمندانی که طی سالهای ۹۰ تا ۹۲ تحت جراحی عمل قلب قرار گرفتند

ملاک های خروج از این مطالعه

۱-آزمودنی هر زمان که تمایل داشته باشد یا کسالت داشته باشد و یا به هر دلیل شرایط ادامه حضور در پژوهش را نداشته باشد می تواند از ادامه همکاری صرفنظر کند.

۲-غیبت بیش از ۲ جلسه

جهت مقابله با خروج نمونه ها از آزمودنی‌ها رضایت کتبی برای حضور در جلسات دریافت شد. برای کاهش ریزش یا غیبت، بخشی از جلسه به اهمیت مداخلات روان شناختی در بهبود افسردگی و امید به زندگی اختصاص یافت.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات :

در تجزیه و تحلیل‌های آماری پژوهش حاضر از نرم افزار spss-۲۱ استفاده شد. تجربه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام گردید. آمار توصیفی مورد استفاده به منظور توصیف بهتر متغیرها و شامل جدول و نمودار مقایسه‌ای میانگین پیش آزمون و پس آزمون می باشد. همچنین با توجه به ماهیت طرح و استفاده از دو گروه نمونه (کنترل و آزمایشی) از روش آمار استنباطی تحلیل کوواریانس و اندازه اثر استفاده شد.

ابزار های جمع آوری داده ها :

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک

این پرسشنامه شامل ســـن، جنس و تحصیلات می باشد.

پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر

این پرسشنامه که توسط اسنـایدر و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجـش امیـدواری سـاختـه شـد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خود سنجی اجرا می شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکرراهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین، این پرسشنـامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد رااندازه گیری می کند(خالدیان و همکاران،۲۰۱۲).این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می باشد . شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه ، مجموع امتیازات تک تک سوالات را با هم محاسبه نمائید . امتیازات بالاتر نشان دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و بر عکس . متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار برابر ۹۱٪گزارش شده است.همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴تا ۰/۸۴است و پایایی آزمون ـ بازآزمون ۰/۸۰و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰هفته، از این میزان نیز بالاتر است(اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۷) . به علاوه، داده های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسشنامه امید و مواردی که میتواندپیش بینی کند، وجوددارد. برای مثال، این پرسشنامه با

پرسشنامه های خوش بینی، انتظار دستیابی به هدف، و عزّت نفس همبستگی ۰/۵۰تا ۰/۶۰دارد (اسنایدر، ۲۰۰۲). در پژوهشی که گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در تهران انجام داد، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹به دست آمد (خالدیان و همکاران،۲۰۱۲).

روش مداخله :

ابتدا هماهنگی‌های لازم با مدیریت بیمارستان فاطمه زهرا شهر ساری صورت گرفت؛ سپس با اخذ مجوزهای لازم از مراجع ذیربط به بیمارستان مراجعه و پس از هماهنگی با مدیران بخش و توجیه آنها فهرست اسامی سالمندانی که تحت عمل جراحی قلب قرار گرفتند، تهیه گردید. سپس پرسشنامه افسردگی و امید به زندگی در بین سالمندان بیمارستان فاطمه زهرا ساری که عمل جراحی قلب انجام دادند، توزیع شد. ۳۰ نفر از بیمارانی که حد نصاب نمره را در پرسشنامه افسردگی و امید به زندگی کسب می کنند، انتخاب شدند. پس از جلب رضایت آگاهانهٔ افراد برای شرکت در پژوهش و اطمینان خاطر دادن به آنها درباره محرمانه بودن اطلاعات، افراد انتخاب شده به روش تصادفی در سه گروه متشکل از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. بدین ترتیب گروه های آزمایش به ترتیب طی ۸ جلسه مورد مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمی‌کنند. بعد از اتمام دوره، هر دو گروه مجدد مورد ارزیابی (پس آزمون) قرار می گیرند. لازم به ذکر است که چند نفر نیز علاوه بر تعداد مورد نیاز (۳۰ نفر) انتخاب شدند تا در صورت ریزش آزمودنی‌ها، جایگزین آن‌ها شوند. موضوع جلسات آموزشی و تمرینات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای به مدت ۲ ماه تنظیم گردید، به طوری که نیمی از وقت هر جلسه به ارائه مطالب عملی در مورد موضوع جلسه اختصاص داده خواهد شد. محتوای این آموزشی و تمرینات معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای به مدت ۲ ماه بر اساس برنامه و بسته آموزشی راهنمای با توجه به مبانی نظری نوروزی (۱۳۹۶) تدوین شده است. به طوری که نیمی از وقت هر جلسه به ارائه مطالب عملی در مورد موضوع جلسه اختصاص داده خواهد شد. سپس جلسات اصلی به شرح زیر صورت گرفت:
جلسات معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا به صورت ۸ جلسه ۱ ساعته که هفته ای ۱ بار تشکیل شد ، مطابق برنامه تدوین شده اجرا گردید. جلسه اول: در این جلسه توضیحاتی در مورد نشانه ها و علایم بیماری حاضر و چگونگی تاثیر درمان و شناخت صحیح سالمند از خداوند و نقش سالمند در افزایش آگاهی از نقش خداوند در فرآیند زندگی پرداخته شد. جلسه دوم: به اهمیت خودشناسی و و نقش خود کنترلی بر رشد و تعالی انسان پرداخته میی شود. جلسه سوم: ایجاد تغییر در نگرش سالمند در جهت پذیرش دوره سالمندی انجام شد. جلسه چهارم: به سازش با دردهای جسمانی و رنج های زندگی و تغییر توجه به معناها و لذت های زندگی پرداخته شد. جلسه پنجم: به تمرکز و توجه به حال با یاد و نام خدا (ذکر) پرداخته می شود. جلسه ششم: آموزش کاهش اضطراب مرگ، تلاش برای ارتباط با دیگران و یافتن معنای عشق داده شد. جلسه هفتم: آموزش تمرکز بر صبر و تحمل و شکیبایی در غم و رنج داده شد.. جلسه هشتم: شکر و سپاسگزاری از خود، خلق و خداوند موزش داده شد.

یافته ها:

مطالعه حاضر شامل ۳۰ نفر از سالمندان بستری در بیمارستان فاطمه زهرا شهر ساری که تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته‌اند می باشد.که شامل ۳ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) می شوند. ویژگیهای جمعیت شناختی گروههای آزمون و کنترل به شرح جدول زیر می باشد.

جدول ۱ ویژگیهای جمعیت شناختی گروههای آزمون و کنترل

متغیر	ذهن آگاهی		مولانا درمانی		کنترل		مقدار احتمال
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
تاهل	۹	۹۰	۷	۷۰	۹	۹۰	۰/۵۷۴
متاهل	۱	۱۰	۳	۳۰	۱	۱۰	
بیوه							
سن	۶	۶۰	۲	۲	۴	۴۰/۰	۰/۲۴۸
زیر ۶۵ سال		۴۰	۸	۸۰	۶	۶۰/۰	
بالای ۶۵سال	۴						
جنسیت	۴	۴۰	۶	۶۰	۵	۵۰	۰/۶۷۰
زن	۶	۶۰	۴	۴۰	۵	۵۰	
مرد							
تحصیلات	۵	۵۰	۴	۴۰	۵	۵۰	۰/۸۷۵
دیپلم و بالاتر	۵	۵۰	۶	۶۰	۵	۵۰	
زیر دیپلم							

جدول ۲ بررسی توصیفی امید به زندگی به تفکیک گروه ها در طی مطالعه

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مولانا درمانی امید به زندگی	۲۷/۵۰	۵/۲۹	۳۸/۴۰	۵/۱۰	۳۸/۸۰	۴/۶۹
کنترل امید به زندگی	۲۸/۹۶	۳/۳۰	۲۸/۹۰	۵/۵۱	۲۸/۸۰	۳/۶۵

دراین آزمون سطح معنی داری کم تر از ۵ درصد باشد.

جدول ۳آزمون آنالیز کوواریانس چند متغیره در فرضیه اصلی تحقیق

	منبع تغییرات	مقدار شاخص	آماره فیشر F	درجه آزادی	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون	Box's Test
پیش آزمون نسبت به پس آزمون	امید(پیش)	۰/۵۵۴	۱۴/۸۹۴	۲و۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۵۴	۰/۹۹۷	۱۰/۱۸۵ ۰/۱۶۹P=
	اثر گروه	۰/۸۸۳	۹/۸۷۵	۴و ۵۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴۱	۰/۹۹۹	
پس آزمون نسبت به پیگیری	امید (پس)	۰/۴۶۰	۱۰/۲۱۳	۲و۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶۰	۰/۹۷۴	۸/۸۹۹ ۰/۲۴۲P=
	اثر گروه	۰/۵۴۹	۴/۷۲۵	۴و ۵۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷۴	۰/۹۳۲	
پیش آزمون نسبت به پیگیری	امید (پیش)	۰/۶۵۹	۲۳/۲۴۱	۲و۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۹۵	۱	۸/۹۹۸ ۰/۲۴۲P=
	اثر گروه	۱/۰۸۱	۱۴/۷۰۷	۴و ۵۰	۰/۰۰۰	۰/۵۴۱	۱	

از جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود دربعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله اثر گروه بر امید به زندگی (p <۰/۰۰۱) مؤثر بوده است و اثر گروه در زمان پیگیری بر امید به زندگی معنی دار بوده است (F p =۰/۰۰۳). اندازه اثر آن ۰/۲۷۴ شده است.
سطح نمره امید به زندگی مرحله پیش‌آزمون، نیز برامید به زندگی، در مرحله پیگیری (F p <۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۰/۵۹۵ موثر بوده است.

جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی مقایسه گروه ها در طی مطالعه

		پس آزمون		پیگیری	
		اختلاف میانگین	مقدار احتمال	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
امید	کنترل – مولانا	-۹/۵۰	۰/۰۰۰	-۱۰/۰	۰/۰۰۰

همچنین نتایج آزمون تعقیبی توکی از جدول۴ نشان داد در زمان پس آزمون و نیز پیگیری بین گروه کنترل با دو گروه ازمایشی اختلاف معنی دار بوده همچنین بین گروه های درمانی نیز در مرحله پس آزمون و پیگیری اختلاف معنی داری دیده شد. بطوری که تداوم درمان برافزایش در امید به زندگی در گروه ازمایشی مولانا درمانی بیشتر است .

جدول ۵آزمون آنالیز کوواریانس مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون روش معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا بر افزایش امید به زندگی افراد سالمند

	منبع تغییرات	مجموع مربعات SS	درجه آزادی df	میانگین مربعات MS	آماره فیشر F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون نسبت به پس آزمون	پیش‌آزمون	۱۵۳/۹۱۷	۱	۱۵۳/۹۱۷	۱۳/۶۷۲	/۰۰۲۰	۰/۴۴۴	۹۳۶۰/
	اثر گروه	۵۴۶/۴۱۵	۱	۵۴۶/۴۱۵	۴۸/۵۳۶	/۰۰۰۰	/۷۴۱۰	۱/۰۰۰
	خطا	۱۹۱/۳۸۳	۱۷	۱۱/۲۵۸				
پیش آزمون نسبت به پیگیری	پیش آزمون	۲۰۸/۸۵۴	۱	۲۰۸/۸۵۴	۳۲/۷۷۰	/۰۰۰۰	/۶۵۸۰	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۶۱۹/۹۳۳	۱	۶۱۹/۹۳۳	۹۷/۲۷۱	/۰۰۰۰	/۸۵۱۰	۱/۰۰۰
	خطا	۱۰۸/۳۴۶	۱۷	۶/۳۷۳				
پس آزمون نسبت به پیگیری	پس‌آزمون	۱۲۷/۲۲۹	۱	۱۲۷/۲۲۹	۱۱/۳۸۵	/۰۰۴۰	/۴۰۱۰	۸۸۸۰/
	اثر گروه	۳۸/۸۴۵	۱	۳۸/۸۴۵	۳/۴۷۶	/۰۸۰۰	/۱۷۰۰	۴۲۰۰/
	خطا	۱۸۹/۹۷۱	۱۷	۱۱/۱۷۵				

ازجدول۵ مشاهده می‌شود در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون روش معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا بر افزایش امید به زندگی افراد سالمند پس از جراحی قلب موثر است. همچنین سطح نمره امید به زندگی در مرحله پیش‌آزمون، نیز در امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون (p =۰/۰۰۲) تاثیر معنی داری داشته است.
در نهایت بررسی بیماران در زمان پیگیری نسبت به پس آزمون نیز ملاحظه شد در گروه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا تغییرات صورت گرفته در این مرحله ثبات بعد از مداخله را نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا بر افزایش امید به زندگی در سالمندان پس از جراحی قلب باز بود. با مروری بر یافته ها مشاهده می شود که معنا درمانی گروهی به عنوان روش توانبخشی در افزایش امید به زندگی سالمندان تاثیر بسزایی دارد.رضایی و همکارانش (۲۰۱۲)پژوهشی با عنوان تاثیرآموزش معنا درمانی بر افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی بیماران سرطانی انجام دادند. نتایج نشان داد که معنا درمانی گروهی تاثیر معنا داری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی بیماران در مرحله پیگیری دارد. مورگان (۲۰۱۳)پژوهشی با عنوان معنادرمانی و افسردگی در دوران سالمندی انجام داد، نتایج نشان دادکه معنادرمانی در کاهش وفرو نشاندن نشانه های عزت نفس پایین و اضطراب و ایجاد تجربه پایدارتری از رضایت وجودی موثر است و احساس عمیقتری از تندرستی را ارایه میکند. بارت و همکارانش (۲۰۰۹)پژوهشی با عنوان تاثیر معنادرمانی بر روی سالمندان انجام دادند. نتایج نشان داد که گروه درمانی به شیوه معنایابی در افراد سالمند با بیان سرگذشت زندگیشان به طور موفقیت آمیزی باعث معنایابی ومعنویت در پایان زندگیشان میشود.

بررسی نتایج اینکه آیا معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا بر افزایش امید به زندگی افراد سالمند پس از جراحی قلب موثر است. نشان داد که درمان مبتنی بر اندیشه های مولانا بر امید به زندگی سالمندان تاثیر مثبتی داشته است. یافته‌های بدست آمده در این قسمت با یافته‌های ویلیامز و همکاران (۲۰۱۳)، روسینزویگ و همکاران (۲۰۱۰)، کابات (۲۰۰۳)، کارمودی (۲۰۰۷)، بائر (۲۰۰۷)، (اوستافین، ۲۰۰۶) مطابقت دارد. پژوهش اسپیک نوکلیک سوئیپرس و پپ (۲۰۰۸) در خصوص مقایسه اثر بخشی معنا درمانی گروهی حضوری در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی بر روی ۱۳۰ سالمند نشان داد افسردگی در هر در گروه آزمایش کاهش قابل ملاحظه ای داشته است.

اما اینکه معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا بر افزایش امید به زندگی افراد سالمند پس از جراحی قلب موثر است. بدین معنی می باشد که، درمان مبتنی بر اندیشه های مولانا بر امید به زندگی سالمندان تاثیر مثبتی داشته است و سالمندان شرکت کننده در این پژوهش در طی درمان معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا توانسته اند امید به زندگی خود را افزایش دهند. که نتایج حاصل همسو با مطالعات نوروزی (۱۳۹۶)، حقیقی (۱۳۹۵) ، اصغری و همکارانش (۲۰۱۲) و اسپیک (۲۰۰۸) می‌باشد. نتایج این پژوهش با یافته های خالدیان و همکارانش (۱۳۹۶) ناهمسو می باشد که در پژوهش خود با عنوان مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر انجام دادند. به این نتیجه رسیدند که بین درمان شناختی رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی تفاوت وجود ندارد، اما درمان شناختی رفتاری در افزایش امید به زندگی تأثیر بیشتری نسبت به معنا درمانی دارد. و نیز با پژوهش حقیقی (۱۳۹۵) ناهمسو می باشد که در پژوهش خود با عنوان تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام داد. نتایج نشان داد که پس از اعمال روش های درمان، میزان نمره افسردگی بیماران گروه مورد مداخله کاهش یافت که از نظر آماری معنی دار بود. میزان افسردگی در گروه شاهد تغییری نشان نداد. با توجه به نتایج تحقیق، پیشنهاد می شود این نوع درمان روان شناختی در کنار درمان های جسمی برای بیماران در نظرگرفته شود. مکی[3] (۲۰۰۵) نیز پژوهشی با عنوان رابطه بین معنویت و سالمندی موفق سلامت جسمانی، سازگاری، معنای زندگی و سلامت روان شناختی انجام داد. که نتایج نشان داد که بین متغیرهای مذکور با معنویت به جز معنای زندگی رابطه معنا داری پیدا نشد . با توجه نتایج بدست از آمده از این تحقیق می‌توان این‌گونه بیان کرد که، در مولانا درمانی، معنایی که ما به یک رویداد می دهیم مهم تر از خود رویداد است وقتی انسانها هدف رنج خود را بیابند نحوه پاسخگویی آنها به رنج تحت تاثیر قرار میگیرد این هدف معنا درمانی است (یزدان بخش،۱۳۶۵). پس معنا درمانگران میکوشند با ارزشمند وهدفمند جلوه دادن رنج مراجعه کننده از شدت ناراحتی او کاسته تحمل توام با خرسندی او را بالا ببرند.روانشناسی به عنوان یکی از علوم انسانی که با فرهنگ جامعه تناسب داردباید آشنا با فرهنگ غنی آن جامعه باشد(ملکیان۱۳۷۴) . پس با استفاده از روش درمانی معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا میتوان به سالمندان پس از جراحی قلب آموزش داد که قدر فرصت باقیمانده را بدانند و بر عمر گذشته تمرکز نکنند. با تغییر اندیشه و تعریف اهداف جدید امید و انگیزه بیشتری برای زندگی در خود ایجاد کنند و از لذت ها و نعمت های پیش رویشان آگاه شوند و در برابر تنش های زندگی مثل بیماری انعطاف پذیر تر شوند. در این روش درمانی بر روی ارتباط و توجه وتمرکز بر خداوند تاکید شده تا در پرتو این ارتباط بتوانند خود را بیابند که طی این آموزش به خود آگاهی و خود بینی درستی نسبت به بودن برسند و از دل درد و رنج معنا را استخراج کرده و از تمامی شرایطی که برایشان محیا شده سپاسگزاری کنند . در این صورت آنها در می یابند که بیماری مشکلات پیری اجتناب ناپذیرند و متعاقب آن افسردگی کاهش یافته و سلامت روان آنها افزایش می یابد. از محدودیت های پژوهش حاضر دوره پیگیری کوتاه مدت بوده لذا تعمیم نتایج آن در دراز مدت با محدودیت مواجه است و ضرورت دارد دوره پیگیری بلند مدت انجام شود. با توجه به اینکه این پژوهش محدود به سالمندان بیمارستان فاطمه

[3] Maki

الزهرا شهر ساری بوده است و نتایج قابل تعمیم به سایر رده های سنی وسایر بیمارستانها و شهر ها نیست در تعمیم یافته ها به سالمندان سایرشهر ها باید جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به یافته های پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود که مشاوران، روانپزشکان و روانشناسانی که در این زمینه فعالیت می کنند به یافتن ارزشهای جدید و معنا در زندگی این افراد توجه ویژه ای نمایند و بیماران را ترغیب به بررسی مجدد اهداف و همچنین ارزش های جدید و درک معنویت نمایند. و نیزبه متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سالمندی توصیه شود که با طراحی و کاربرد روش‌های مناسب الهام گرفته شده از معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا، بر سلامت روان سالمندان بیافزایند، که توسعه مراکز روزانه سالمندی و توسعه خدمات درمانی و توانبخشی براساس فرهنگ کشور/تأثیر عوامل فرهنگی و متغیرهای مؤثر بر آن، بر غنای ادبیات علمی در این زمینه خواهد افزود.

تشکر و قدر دانی:در نهایت از همه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند از جمله مدیریت بیمارستان فاطمه الزهرا و همه سالمندانی که در این پژوهش شرکت داشتند کمال تشکر را داریم.

منابع

Abramson, A., Alford, T. & Li, W. (2002). Depression: Causes and treatments, University of pennsylvania press.

Adib Hajbagheri M. [The survey of disabilities and the factorsrelated to it in elderly in kashan, 2007 (Persian)]. Iranian Journalof Ageing. 2009; 3(2):547-555.

Atkinson, E , & Garland, Sheila, N. (2000). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep, Mood, Stress and Fatigue Symptoms in Canser Outpatients, International Journal of Behavioral Medicine, vol.12 no 4, 278-285.

Baboli, A. (2000). Evaluation of managers burnout to Boys government high schools in Tehran city. Journal Of Education Management , 26,44-60.

Baer, J. (2003). Statistical Power Analysis of the Behavioral Sciences. (2nd Ed.). New York, United States of America: Academic Press.

Barlow, D.H. (Ed.).(2001).Clinical handbook of psychological disorders (3rd.ed.) Newyork. Guilford press (pp72-84) .

Barry, P.P. (2000). An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. Am j gastroenterology. 93(1): 8-10.

Beck, A.T. , Weissman, A. & Lester, D. (1979). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. Journal of consulting and clinical psychology, 42(6), 861.

Breitbar, W., Gibson, C., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic intervention at the end of life: a focus on meaning and spirituality. Psychiatry Jan 49(6): 336-72.

Bronson.L.MD & Pozuelo leo MD and Franco.N.MD.Depression can be hazardous to heart healt,but treatment can help; Internet: WWW.elevated clinic.org/healt/.2005.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2009). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, *18*(4), 211-237.

Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun. Turk Jmed Sci; 2003;33(50): 335-340.

Chang J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C.(2009) Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease:a meta-analysis. PsychosomMed.Nov-Dec;66(6):802-13.

Chang, D. (2000). Faith and hope. Australasian Psychiatry,11(2): 164- 168.

Chung, S. M., Sijbers, G., & Voncken, M. (2004). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. Journal of Cognitive Psychotherapy, 20, 33– 44.

Corey, G. (2005). Theory and practice in group counseling and therapy

Crowe,T. (1996). Perceived pain management quality in patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Holistic nursing and midwifery 2012;22(67):48-55

Darvishpoor Kakhki A. Spiritual well-being in the Iranian older people: A qualitative study. History of Medicine Journal. 2015;7 (25):11-32. [Persian]

Dobson, M. & Mohammadkhani, a. (2005). Cognitive behavioral Strategies incrisis intervention. Newyork:(4rded) ..Guilford press.

Feldman DB, Snyder CR. Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. J soc clin psychol. 2005; 24(3): 401-21.

Fish, T. (2007). Existential meaning in the enhancement of hopeand prevention of the depressive symptoms. *Journal of Personality*. 73: 985- 994.

Frankel, V.E. *(1975).The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy,* New York, NY:World.

Gardner, A.(2005). Alterspsychotherapie, Aktuelle kozepte and Therapieaspekte. Zarith, S.H. & Knight, B.G. (1998). A guide to psychotherapy and aging. Washington: American Psychological Association.

Hawton, W., Kruk, T. & Enien, P. (1988). Psychological Stress and the risk, a case control srudy, Center detection and prevention, 28(6): 399-408.

Hazavehi MM, Sabzemkan L, Hasan Zadeh A, Rabei K. Impact of educational intervention based on the question of depression, and quality of life for patients with coronary artery replacement surgery. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2008; 12(2): 32-41. [In Persian]

Herendon, K. G., (2001). Rising rates of depression in Today‘s society : consideration of roles of effort based rewards and enhanced resilience in day Today functioning. Neuroscience and biobehavioral reviews, 30, 497 – 510.

Herman. N. J.(2012). Personalizes Depression Therapy (PDT). (2001). Vails Solaris, Inc,. PRINTED in USA.33:167-189.

Hezavey, PH. Depression and outcome in acute myocardial infarction. British Medical Journal. 2008; 249: 216-19.

Hilgard, L.(2000). Declarations, Charters and statement – Their role in health promotion. Health promotion international, 22, pp: 179-181.

Hill, R., Hart, W. & Joulian, P. (2004). The Effects of Temperament and character on symptoms of Depression in chinese Nonclinical Population. Handawi Publishing Corporation Depression Research and Treatment Article ID 198591.

Imel Z, Baldwing S, Bouns K, MacCoon D. Beyond the individual: Group effects in mindfulness -based stress reduction. Psychother Res 2007; 18: 735-42.

Imel. Sh, (2008). The Effectiveness of Teaching Group Therapy on the Quality of Life and General Health of Older Women. Razi Medical Journal. 2014; 127:39-51.

Jarsma, Ting et al. "Problems of Cardiac Patients in early recovery". Journal of advanced Nursing. No. 21, 1995, PP: 21-27.

Kabat-Zinn, J. (2013).Full catastrophe living:The Program of the Stress Reduction Clinic at the university of Massachuset medical center.New York:Dell publishing

Kaming, JE. & Henry, OP. (2006). Concise Guide to Geriatric Psychiatry. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. 38-57.

King. D. A., Markus, H. E. (2000). Mood disorders in order adults. Ins. K. whitboume. (E d.). psychopathology in later life. Newyork. wiley.

Klass, Dian.(2008).Essentials of Temperament assessment. Published by John wileysons, Inc. Hoboken, Newjersey.

KordNoughabi R, Delphanbiranvand A, Arbalo Z. Older people's attitudes about wisdom and its components (wisdom Psychology). Journal of Aging Psychology. 2016;1 (3):157-67. [Persian]

Lango, J. Kiejna, A. & Hadrys ,T. (2011). Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients.European Psychiatry, 18 : 155–160.

Leinfordreis, J. (2006). Meaning in life and meaning in death in successful aging.Pensilvania: Brunnermazel.

Lihie, SE. (1996). Hope in advanced cancer patients. Eur J Cancer. 2008;44(8): 1169-74.

Loghmani L, jaryani A,borhani F. Effect of preoperative education on postoperative depression in patients undergoing open heart surgery. Daneshvar Medicine 2006:14(67):33-42. [Persian]

Lopez, L. y., Alloy, L. B., Hongan, M. E., whith house. W. G. (2006). The Temple wisconsin Cognitive uninerability To depression : Lifetime history of Axis psychophology in individuals at high and low depression Journal of Abnormal psychology.50:556-561.

Lowinson, S.M.,& Perez, T.,& Barco, A.N.,& Ribal, J.(2004). Multiple Sclerosis and Depression. Review Neural. Vol 38, No6, 524 – 529

Mac Key. C. (2004). Introduction critical care Nursing. Philadelphia: W. B. sanders, Co, 1997.

Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, KahaniSh. [Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran (Persian)]. Research in Medicine. 2006; 30(4):361-368.

Manouchehri H, Shirazi M, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F. Development and psychometric evaluation of chronic pain acceptance instrument in the elderly. Journal of Anesthesiology and Pain. 2015;5 (2):33-47 .[Persian]

Martin P, Smyer MA. The experience of micro- and macro events: A life-span analysis. Research on Aging. 1990;12:294- 310.

Maslouki, D. I. (2009). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.

Missinne. L. E. (2005). Reflection on the meaning of life in older age. *Journal of Religion & Aging Summer 1, .4. 43-58.*

Mohammadi F, Dokanei Fard F, Heidari H. Effectiveness of logo therapy in hope of life in the women depression. ProcediaSocial & Behavioral Sciences. 2014; 159(23):643-46. doi: 10.1016/j. sbspro.2014.12.440

Moore, R.W.,& Malinowski, A.R.(2009). Effectiveness of mindfulnessbased therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European* formerly depressed patients. *Journal of abnormal psychology*, *109*(1), pp.150-155.

Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaei S, Alizadeh M, et al. [Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (UrbanHeart) study in Tehran (Persian)]. Journal of Diabetes and Metabolism. 2013; 13(1):62-73.

Nawabi Nejad Sh. Advice and guidance of the group. Tehran: Sam. 2009.

Nourollahi, T. (2006). National population and housing census in I.R of Iran. 24th population census conference. China: Hong Kong. March 25-27.

Papageorgiou, J., & Velez, C. (2004). Theories of psychotherapy.Translated by seyed mohammadi. Tehran: Rushed publisher 1383.

Parker, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., przybeck, T. R., cloninger. C. R. (2001). Temperament, character, and Personality disorders : etiologic, diagnostic. Treatment issues. Acta psychiatry scandinavica, 106: 189 – 195.

Rahgozar M, Mohammad NasrAbadi M. [The feeling of depression and stress among elderly (Persian)]. Hakim. 2008;2(2):103-13.

Rahimian B, Beshart M. The effect group mindfulnessbased stress reduction program on the severity of fibromyalgia. Contemporary Psychol 2013; 7: 15 -28.

Rathi, N., & Rastogi, R.(2007). Meaning in life and psychological well-being in preadolescents and adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology,33(1), 31-38.*

Reinecke, S .(1999), Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder, J Anxiety Disord, 22(4): 716-21.

Sadock BJ, Sadock VA(eds.). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry.Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. USA. 2007.

Sadock, B.J, Kaplan H. I, Sadock V. A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. NewYork, U. S. A: Lippincott Williams & Wilkins.

Schenel I, V. (2006). The will to meaning New American Library.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. American psychologist, 55, 5-14.

Seligman, M.E.P.(1995). Helplessness: on depression, development, and death. Sanfrancisco: Freeman.

Shaamloo Gh. [What's aging and why do we get old (Persian)].Tehran: Chehr Publication; 2005.

Shahbazi MR, Foroughan M, Salman Roghani MR, Rahgozar M. [The relationship between disability and depression, cognitive statusand morale among older persons (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(4):132-141.

Shahidi H.(2007). [Mental health promoting models in elderly(Persian)]. The 1st Congress of Ageing Issues in Iran and OtherCountries. Tehran, Iran.

Sheibani TF, Pakdaman S, Hassanzadeh TM. [The effect of reminiscence on depression and loneliness in elderly (Persian)]. Applied Psychology. 2010; 4(1):26-39.

Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri M, Zayeri F, Alipour V. The Association of Chronic Pain Acceptance, Life Style and Restriction Related Chronic Pain in Elderlies. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2016;24 (3):148- 58[Persian].

Simon, S. (1999). Age Differences in Temperament, character and Depressive Mood: Across–sectional study. Journal of clinical psychology and psychotherapy clin. psycho. psychother. 15, 266 – 275.

Snyder, C.R. (2000) Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications. (Edited by C. R. Snyder) Academic Press. USA.

Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. Psychological Inquiry, 13, 249- 275.

Snyder, C.R. Ritschel, L.A. Ravid, L. K. Berg, C.J. (2006). Balancing Psychological Assessment: Including Strengths and Hope in Client Reports. Journal of clinical psychology. 62(1): 33-46.

Snyder, C.R., Harris, C., Irving, L.M., (1991). The will and the ways: development and ualidation of an individual differences measure of hope. Journal of personality and social psychology, 60 , 570.

Snyder, C.R., McCullough, M.E. (2000). A positive psychology field of dreams. Journal of social and clinical psychology, 19, 151-160.

Snyder, M. (2006). The discursive proportion of hope: A qualitative analysis of cancer patients speech, qualitaive health research; 12(2).

Sohrabi M, Abedanzade R, Shetab Boushehri N, Parsaei S, Jahanbakhsh H. The relationship between Psychological Well- being and Mental Toughness among Elders: Mediator Role of Physical Activity. Salmand. 2016;11 (4):538-48. [Persian].

Spar JE, La Rue A. Concise Guide to Geriatric Psychiatry. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. -2002. 38-57.

Speke, V., Nyklicek, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2008). Predictor of outome of grop and internet based cognitive behavior therapy. Journal of Affective Disorder: 9(4), P: 97-137.

Wells, A. (2009). Emotional disorders and met cognition cognitive therapy. Review Neural, 12(20: 24-46.

Williams. M., Teas deale, J., Segal, z., Kabatzin, J. (2007). The Mindful Way Through Depression ; Freeing Your Self From Chronic Unhappiness. Guilford Publicatians.

Wood, R. Alvaz, R. Maraya, B. standerasc, C.(2001) physical fitness, cognitive function and health-related quality of life in older adults. Aging. Phys .Act.May;7(71), pp: 217-230.

World Health Organization (2002) the world health report 2002: reduce risks, promoting healthy life. *World Health Organization*, p: 97

World Health Organization. Partners in life skills education. Geneva: World Health Organization; 1999.

Yalom I, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books; 2005.

Young, S. (1999). Can stress causes depression? Progress in Neuro psychopharmacology and Biological psychiatry, 25(5), 891-907.

Zanjiran Sh, Borjali A, Karasekian A. The Effectiveness of Teaching Group Therapy on the Quality of Life and General Health of Older Women. Razi Medical Journal. 2014; 127:39-51. [Persian]

Zisook, S; Dunn, L.B & Sable, T.A. (2002).Life late depression.Journal if Geriatric, 67(2), 19-20.