

تدوین برنامه آموزشی معنادرمانی گروهی و بررسی اثربخشی آن بر اضطراب وجودی در بیماران زن مبتلا به سندرم متابولیک

معصومه علی محمدی^۱، پرویز شریفی درآمدی^{۲*}، شهناز نوحی^۳

چکیده

مقدمه: یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در ایران و جهان سندرم متابولیک است که می‌تواند عامل خطری مهم در ابتلا به سایر بیماری‌ها از جمله دیابت، کبد چرب، کلسترول و ... باشد. پژوهش حاضر با هدف تدوین برنامه آموزشی معنادرمانی گروهی و بررسی اثربخشی آن بر اضطراب وجودی در بیماران زن مبتلا به سندرم متابولیک انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش شامل دو مرحله بود. در مرحله اول اقدام به تدوین برنامه مداخله‌ای معنادرمانی گردید و سپس در مرحله دوم پس از تدوین و اعتباریابی برنامه درمانی، از روش پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه استفاده شد. جامعه پژوهش، شامل زنان بزرگسال سنین ۲۵ تا ۶۰ سال مبتلا به سندرم متابولیک مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان سمنان، در سال ۱۳۹۷ بود. روش نمونه‌گیری با نمونه‌ای متشکل از ۳۰ نفر به صورت نمونه در دسترس انتخاب و افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش، مقیاس اضطراب وجودی بود.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که اثر آموزش معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ در بیماران سندرم متابولیک نیز تایید شد ($p < 0.01$)، اما ثبات آن در دوره زمانی ۲ ماهه رد شد ($p > 0.01$). اثر این آموزش بر اضطراب تنهایی و نیز ثبات ۲ ماهه آن هم رد شد ($p > 0.01$). اما اثر آن بر اضطراب معنا و نیز ثبات اثر آن در بازه زمانی ۲ ماهه تایید شد ($p < 0.01$). همچنین اثر برنامه آموزشی بر اضطراب مسئولیت رد ($p > 0.01$)، اما ثبات اثر آن در دوره پیگیری ۲ ماهه تایید شد ($p < 0.01$). **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که برنامه آموزشی تدوین شده، ویژگی‌های کاربردی داشته و می‌تواند نقش تعیین‌کننده و اثربخشی در برخی از ابعاد متغیر اضطراب وجودی داشته باشد.

واژگان کلیدی: اضطراب وجودی " زنان " سندرم متابولیک " معنادرمانی گروهی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۰

استناد: علی محمدی م، شریفی درآمد پ، نوحی ش. تدوین برنامه آموزشی معنادرمانی گروهی و بررسی اثربخشی آن بر اضطراب وجودی در بیماران زن مبتلا به سندرم متابولیک، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۹؛ ۱۰(۲): ۹۸-۷۷

۱. روان‌شناسی عمومی، دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران

۲. نویسنده مسئول، دکترای روان‌شناسی کودکان استثنایی، استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران،

(pr-sharifidaramadi@yahoo.com)

۳. روان‌شناسی عمومی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران

حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر

اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

در سال‌های اخیر به دلیل تغییرات ایجاد شده در شیوه زندگی و به دنبال آن تغییر در عادت‌های غذایی و رفتاری، افزایش چشمگیری در شیوع بیماری‌های غیرواگیر نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و سندرم متابولیک در جهان و نیز در ایران ایجاد شده است که از این میان سندرم متابولیک از این نظر که می‌تواند عامل خطری مهم برای ابتلا به سایر بیماری‌ها از جمله دیابت، کبدچرب، کلسترول و ... باشد، توجه بیشتر به آن حائز اهمیت است (۲،۱).

شیوع سندرم متابولیک که شامل فشار خون بالا، عدم تحمل گلوکز، تری‌گلیسرید بالا و لیپوپروتئین با چگالی بالای کم می‌باشد، بر طبق آمار جهانی یک‌چهارم جمعیت بزرگسال را تشکیل داده و شیوع آن در ایالات متحده ۲۴ درصد و در برخی کشورها چون کره جنوبی کمتر از ۱۴/۲ درصد گزارش شده است. شیوع این بیماری در دو کشور همسایه ایران از جمله عربستان سعودی و نیز ترکیه به ترتیب ۳۹/۳ درصد و ۳۳ درصد ذکر شده که به نسبت سایر کشورها بالا بوده است. در ایران نیز ۳۰ درصد از بزرگسالان مبتلا به این سندرم تشخیص داده شده‌اند (۳). شیوع سندرم متابولیک به میزان زیادی در جهان، کشورهای غربی و آسیایی بالاست. بر اساس سومین برنامه ملی آموزش تغذیه و سلامت^۴ در آمریکا شیوع سندرم متابولیک حدود ۲۵ درصد تخمین زده شده است (۴).

شیوع نسبتاً بالای این بیماری و نقش آن در ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر دیگر و نیز تأثیر آن در کاهش میزان سلامت افراد، پژوهشگران را برآن داشته تا در مورد عوامل پدیدآیی آن بررسی‌هایی را انجام دهند. بر این اساس برخی از پژوهشگران در یافته‌های خود ویژگی‌های شخصیتی و عوامل رفتاری-هیجانی چون: خصومت، خشم، تنیدگی، افسردگی، استرس مزمن و همچنین مواردی چون عدم فعالیت فیزیکی، افزایش وزن، مصرف زیاد الکل، سیگار و فعالیت بدنی کم را در ابتلای به این بیماری موثر دانسته‌اند (۵-۱۴).

برخی تحقیقات نیز ارتباط بین این بیماری با سایر اختلالات جسمانی و روان‌شناختی را مورد بررسی قرار داده‌اند. به طور مثال مایکل^۵ در تحقیقی نشان داد: رفتارهای اضطرابی بر سندرم متابولیک تأثیر گذارند (۱۵). کارول^۶ و همکاران بین سندرم متابولیک و اضطراب عمومی ارتباط معناداری یافته‌اند (۱۶). روح افزا و همکاران در بررسی‌های خود در رابطه با وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم متابولیک به این نتیجه رسیدند که میانگین اضطراب، پریشانی، افسردگی و کیفیت زندگی در گروه مبتلا به سندرم متابولیک، به طور معنی‌داری بالاتر است (۱۶-۱۸). کل^۷ و همکاران نیز ارتباط بین شیوع سندرم متابولیک را در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی مشاهده کرده‌اند (۱۹). همچنین بین رفتارهای مرتبط با سلامت نظیر بی‌حرکی یا نشستن در ساعات بیداری نیز ارتباطات معنادار بوده است (۲۰). تیچن^۸، کاستیگانو پارکر رابطه معنادار و مثبتی را بین افزایش احتمال خطر اضطراب و افزایش زمان رفتارهای غیرمتحرک خاص نشان داده‌اند (۲۱).

امروزه می‌دانیم به علت پیامدهای صنعتی شدن، در ابعاد اجتماعی، فرهنگی، مذهبی و روانی شیوه‌های زندگی نیز تغییراتی به وجود آمده است و همین امر باعث پدیدآیی بسیاری از بیماری‌ها با زمینه‌های روان‌شناختی بخصوص اضطراب شده است (۲۲). اضطراب امروزی واکنشی است در مقابل رشد سریع تکنولوژی، فشارهای ناشی از شهرنشینی، گسستگی‌های ارتباطی، ازهم‌پاشیدگی جوامع، تحولات اجتماعی و تعارض‌های فردی که به شکل فزاینده حیات بارور انسان را تهدید می‌کند. بنابراین در جهان کنونی هر فردی بسته به تجربیات و شخصیت خود می‌تواند کم و بیش اضطراب وجودی را تجربه کند. و نتایج پژوهش وینر^۹ و همکاران نشان داده است که اضطراب وجودی، با ویژگی‌های شخصیتی نشانه‌های اضطراب و افسردگی رابطه دارد (۲۳). و از سویی اندی و نیومن اضطراب وجودی را بی‌معنایی و بی‌مسئولیتی در زندگی و با احساس ناشی از آن در ارتباط دانسته‌اند (۲۴).

4. National Health and Nutrition Examination Survey

5. Michael

6. Carroll

7. Kahl

8. Teychenne

9. Wiener

حال در برابر این بی‌معنایی و فشارهای زندگی روزمره و اضطراب‌های ناشی از آن و تغییرات به وجود آمده در شیوه‌های زندگی و تأثیر آنها به طور مستقیم و غیرمستقیم بر بیماری‌هایی چون بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و سندرم متابولیک که افراد می‌توانند در زندگی تجربه کنند، نیاز به مداخلاتی می‌باشد تا با کاهش برخی از عوامل ناخوشایند جسمی و روان‌شناختی بتوان در جهت درمان و یا کاهش آثار بیماری یادشده گام برداشت (۲۵).

در حال حاضر تحقیقات بسیاری در زمینه‌های زیستی و روان‌شناختی انجام شده که هر یک از زاویه‌ای، اثربخشی برخی درمان‌ها را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. از این حیث محققان، راهکارهای درمانی چون تمرین‌های هوازی، فعالیت‌های بدنی، مصرف پروبیوتیک‌ها، رژیم‌های غذایی، مصرف منظم میوه و سبزیجات را معرفی کرده‌اند (۲۶-۳۲). حسینی کیاسری در تحقیقی شیوه‌های برخورد با استرس و راهبردهای مقابله‌ای را در کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی موثر دانسته است (۳۳). نوری‌سعید و همکاران نیز در تحقیق خود تأثیر هوش معنوی را در ارتقاء سلامت افراد نشان داده‌اند (۳۴). دستیابی به معنا و فعالیت‌های شادی‌بخش پشتیبانی قوی در برابر بی‌ثباتی عاطفی افراد بوده و بهداشت روانی و بهزیستی آنها را تضمین می‌کند. علاوه بر این، معنای زندگی پیش‌بینی‌کننده قوی و باثباتی برای بهزیستی روانی بوده‌است (۳۵).

هدف از معنادرمانی کمک به بیمار جهت کشف معنای منحصر به فرد زندگی‌اش و توانا ساختن وی می‌باشد. معنادرمانی حدود اختیارات و آزادی‌های بیمار را برایش ترسیم می‌کند. درمانگر معتقد به معنادرمانی می‌کوشد به مراجعش کمک کند که در زندگی خود هدف و منظوری را جست و جو کند، هدف و منظوری که تنها متناسب او و برای او معنا داشته باشد و به این ترتیب مراجع را متعهد انجام کاری می‌کند که مسئولیتش را پذیرفته است. در این رویکرد هر فردی می‌بایست با موضوعات اساسی درباره نگرانی‌های نهایی مواجه شود که عبارتند از: مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی (پوچی). روان‌درمانی وجودی نوعی نگرش نسبت به رنج بردن انسان‌ها است. این درمان به طور مرکزی با سوال‌هایی درباره معنا، خلاقیت و عشق چالش می‌کند (۳۶). در این میان با توجه به تأثیری که تغییر سبک زندگی بر روی آسیب‌پذیری در ابتلا و گسترش بیماری‌ها بر روی انسان می‌تواند داشته باشد، لذا محققان با تمرکز بر روی علل ریشه‌ای برخی از بیماری‌ها به دنبال راهکارهایی جهت پیشگیری یا بهبود این آسیب‌ها برآمده‌اند (۳۷). دهداری، یاراحمدی و تقدیسی در تحقیقی به این نتیجه دست یافتند که داشتن معنا در زندگی یکی از متغیرهایی است که می‌تواند بر میزان اضطراب تأثیرگذار باشد (۳۸). برخی شواهد حاکی از آن است که مفهوم معنای زندگی با سلامت و رفاه روان‌شناختی افراد ارتباط زیادی داشته و در واقع معنادار بودن زندگی سبب پایین آمدن سطوح عواطف منفی مانند اضطراب، افسردگی شده و در نهایت سبب کاهش خطر ابتلا به بیماری‌ها می‌باشد (۳۵). همچنین بررسی متون نشان‌دهنده آن است که رویکردهای روان‌شناختی همچون معنادرمانی بر ارتقاء سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی تأثیرگذار بوده و همچنین با ایجاد معنا در زندگی اضطراب، افسردگی کاهش یافته و افزایش سطح امیدواری را سبب شده است و به طور غیرمستقیم در افزایش میزان سلامت افراد اثر داشته است (۳۸-۴۰).

با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه اثربخشی معنادرمانی گروهی بر روی برخی از بیماری‌های جسمی و اثبات تأثیر آن، هنوز در زمینه اثربخشی این روش درمانی بر روی بیماران سندرم متابولیک، به طور خاص مطالعاتی صورت نگرفته، به این معنی که با توجه به دامنه وسیع عوامل دخیل در شکل‌گیری این سندرم و ارتباط آن با مسایلی چون اضطراب، استرس و ... که از جمله عوامل زیربنایی این بیماری محسوب می‌شوند، با این حال از بین برنامه‌های آموزشی معنادرمانی موجود، برنامه‌ای که بتواند برخی از عوامل دخیل در این بیماری را به عنوان متغیری خاص مدنظر قرار داده و مفاهیم مربوط به معنادرمانی را با لحاظ نمودن ویژگی این متغیرها جهت تعدیل، اصلاح آن‌ها و در نهایت تأثیرگذاری بر بیماری سندرم متابولیک، بکار برد، وجود نداشت و خلاء آن از این زاویه محسوس بود، لذا با توجه به مطالب گفته شده و نیز میزان ناتوان‌کنندگی سندرم متابولیک در صورت بروز و شدت یافتن آن، محقق بر آن شد تا با تدوین برنامه آموزشی معنادرمانی و آموزش آن تأثیر این روش را بر روی متغیرهای اضطراب وجودی،

مورد مطالعه قرار دهد. بنابراین مسئله اصلی در این پژوهش این بود که طراحی برنامه آموزشی معنادرمانی گروهی انجام شده و بررسی شود که آیا این برنامه بر اضطراب وجودی افراد مبتلا به سندرم متابولیک موثر است؟

روش پژوهش:

روش تحقیق حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل زنان بزرگسال سنین بین ۲۵ تا ۶۰ سال مبتلا به سندرم متابولیک مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان سمنان، در بازه زمانی اجرای پژوهش بود. برای انتخاب گروه آزمایش و کنترل، نمونه‌گیری تحقیق به صورت نمونه در دسترس صورت گرفت. برای انتخاب نمونه پس از اعمال ملاک‌های ورود و خروج، بر اساس مقیاس اضطراب وجودی، مقیاس رفتار غیرمتحرک خاص گروهی متشکل از ۳۰ نفر از افرادی که مشکلاتی را نشان دادند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در نهایت داده‌های این افراد به عنوان نمونه پژوهش که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (N=۱۵) و کنترل (N=۱۵) تقسیم شده بودند، مورد تحلیل قرار گرفتند و شرکت‌کنندگان در یک دوره دو ماهه تحت پیگیری بوده‌اند.

ملاک‌های ورود به مطالعه: شامل رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی‌ارشد، سنین ۲۵ تا ۶۰ سال، درج تشخیص بیماری سندرم متابولیک بر اساس انجام آزمایشات و نظر پزشک در برگه خلاصه پرونده، هشیاری کامل و فارسی زبان، آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سئوالات و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، بود.

ملاک‌های خروج از مطالعه: نیز شامل عدم تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری‌های دیگر، درج تشخیص‌های روان‌پزشکی یا عقب‌ماندگی ذهنی بود.

برای گردآوری اطلاعات نیز از پرسش‌نامه اضطراب وجودی استفاده شد. پرسش‌نامه اضطراب وجودی^{۱۰}: پرسش‌نامه اضطراب وجودی از نوع مداد-کاغذی و عینی است که با هدف سنجش اضطراب وجودی طراحی شده است و دارای ۲۹ گزاره و ۴ خرده مقیاس ۱- اضطراب مرگ و نیستی، ۲- اضطراب مسئولیت، ۳- اضطراب تنهایی، ۴- اضطراب معناست. از آزمودنی خواسته می‌شود میزان نگرانی که با خواندن هر گزاره در او ایجاد می‌شود را در یک مقیاس ۴ درجه‌ای مشخص نماید. این پرسشنامه توسط راحله مسعودی‌ثانی در سال ۱۳۹۴ ساخته شده و در پایان نامه کارشناسی ارشد خود روی آن کار و ساخت و اعتباریابی انجام داده است (۴۱). نمرات براساس درجه‌بندی طیف لیکرت برای هر آیتام از اصلا= ۱ تا خیلی زیاد= ۴ تعیین می‌گردد. سپس نمرات جمع و نمره کل بدست می‌آید. نمره هر خرده مقیاس نیز بدین ترتیب انجام می‌گیرد. نمره هر آزمودنی می‌تواند بین ۲۹ تا ۱۱۶ باشد. نمره پایین نشانگر نادیده انگاشتن اضطراب وجودی و نمره بالا نشان‌گر تجربه اضطراب وجودی بالا می‌باشد. به منظور برآورد اعتبار و پایایی ابزار ۵۰۵ نفر از کارمندان و دانشجویان ۵ دانشگاه مستقر در شهر تهران با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های نشانگان افت روحیه و اضطراب مرگ به عنوان ابزارهای برآورد اعتبار هم‌زمان و همگرا و پرسشنامه اضطراب وجودی به عنوان ابزار اصلی، پاسخ گفتند. یافته‌ها نشان داد اعتبار محتوای ابزار بر اساس نظر ۱۰ متخصص، به روش آی. سی. سی. برابر ۰/۹۵ و اعتبار هم‌زمان و همگرا به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۵۵ می‌باشد و تحلیل عاملی اکتشافی و چرخش عامل‌ها به شیوه واریماکس، نشان می‌دهد ساختار نظری پرسشنامه از ۴ عامل تشکیل شده که بر این اساس نام‌گذاری عامل‌ها طبق مبانی نظری صورت گرفت. تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر نیکویی برازش عامل‌هاست. همچنین پایایی ابزار نیز به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر ۰/۸۲ و ۰/۸۶ حاصل گشت.

10. Existential anxiety questionnaire

برنامه آموزشی معنادرمانی گروهی: تدوین این برنامه بر اساس مدل پیشنهادی هیلدا تابا در کتاب برنامه‌ریزی درسی نظریه و عمل بود که دارای هفت‌گام است (۴۲). گام اول: شناسایی نیازها: در این مرحله با مطالعه و مرور ادبیات پژوهشی در مورد معنادرمانی، تحلیل متقابل اضطراب وجودی، رفتار غیرمتحرک خاص با توجه به خلأهای پژوهشی و مواردی که در این حیطه مورد غفلت قرار گرفته‌اند، مشخص شد. گام دوم: تدوین اهداف: با توجه به نیازها اهداف آموزشی در حوزه‌های معنادرمانی، تحلیل متقابل اضطراب وجودی، رفتار غیرمتحرک خاص و اهداف کلی هر جلسه نیز مشخص شد. گام سوم: انتخاب محتوی: در این مرحله با توجه به اهداف آموزشی محتوای آموزشی مشخص شد. گام چهارم: سازمان‌دهی محتوی: برای این منظور چگونگی توالی، تداوم، تعادل بین محتوا و یادگیرنده، در نظر گرفته شد. گام پنجم: انتخاب تجربه‌های یادگیری: با توجه به این مرحله نوع تجربه‌های یادگیری و مواد آموزشی (برای مثال این که در جلسه چه تکلیفی را باید انجام دهد یا چه مواد آموزشی بکار برده شود) مشخص شد. گام ششم: سازمان‌دهی فعالیت‌های یادگیری: نظم زمانی و ارائه مثال‌های ویژه پس از تبیین اصول انجام می‌شود و تعداد جلسات و مکان آموزش مشخص شد. گام هفتم: ارزشیابی: برای اجرا چند فعالیت به این شرح انجام شد ۱- روایی محتوایی برنامه که با نظر ۱۰ نفر از متخصصان حوزه تغذیه، پزشکی و روان‌شناسی و سنجش و اندازه‌گیری بررسی و تغییرات لازم اعمال شد و از سوی دیگر برای ارزشیابی اعتبار برنامه، ابتدا برنامه به صورت پایلوت بر روی ۵ نفر از آزمودنی‌ها اجرا شد و بعد از تحلیل نتایج حاصل و اثربخشی این آموزش‌ها، برنامه روی سایر آزمودنی‌ها نیز اجرا شد و در نهایت اثربخشی کلی برنامه مورد بررسی قرار گرفت.

تدوین برنامه آموزشی معنادرمانی: تشریح فرایند تدوین برنامه آموزشی مبتنی بر معنادرمانی: ضرورت برنامه: به عنوان گام اول، ضرورت تدوین بسته آموزشی معنادرمانی مورد بررسی قرار گرفت. در گام دوم به تعیین نیازها و تبیین وضع موجود (با مرور ادبیات و پیشینه موجود) پرداخته شد. سپس در همین مرحله به شناسایی مؤلفه‌های برنامه آموزشی و این موضوع که مدل آموزش معنادرمانی دارای چه عناصر و ابعادی است (محتوای برنامه)، پرداخته شد. در مرحله بعد اقدام به تنظیم پرسشنامه متخصصان^{۱۱} گردید. این پرسشنامه جهت تعیین اعتباریابی صوری و محتوایی بسته آموزشی معنادرمانی تدوین گردید تا در اختیار چند نفر از متخصصان مشاوره و روان‌شناسی قرار گرفته و بر اساس تجارب و مشاهدات خود به ترتیب اهمیت، مهم‌ترین مؤلفه‌ها و ابعاد را شناسایی کرده و سپس به اصلاح محتوای بسته آموزشی اقدام نمایند (پیش‌نویس اولیه جلسات آموزشی در جدول شماره ۱ آمده است). در گام چهارم به تنظیم اهداف آموزشی بر اساس نیازهای اعلام‌شده و مرور پیشینه موجود پرداخته شد. در گام پنجم زمان‌بندی برنامه آموزشی و قوانین و مکان آن تعیین گردید. در گام ششم مخاطبان برنامه آموزشی تعیین شدند. (انتخاب نمونه پژوهش بر اساس غربال‌گری و نمره دریافتی در پرسشنامه‌ها و معیارهای تعیین‌شده بود). آخرین مرحله تدوین برنامه هم شامل ارزشیابی بود. به منظور برنامه‌ریزی برای تعیین تعداد جلسات و زمان‌بندی برنامه، با توجه به بررسی اکثر مطالعه‌های مرور شده در روند کلی معنادرمانی گروهی و نیز پژوهش‌های انجام شده توسط فرانکل (۴۳)، هوتزل (۴۴)، کانگ (۴۵)، فامیل احمریان و همکاران (۴۶)، پیرخانی و صالحی (۴۰)، زنجیران و همکاران (۴۷)، حمیدزاده و همکاران (۴۸)، حاجی‌عزیزی و همکاران (۴۹)، بیرامی و همکاران (۵۰)، گل‌محمدیان و همکاران (۵۱)، خدایاری و همکاران (۵۲) و با توجه به مواد آموزشی برنامه، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را برای اجرای برنامه اختصاص دادیم. سپس بسته آموزشی در طی ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای دو جلسه در طی ۲ ماه برگزار گردید، در مرحله بعد، پس از اتمام جلسات برای سنجش تأثیر برنامه مداخله پس از آزمون اجرا شد. در جدول (۱) خلاصه‌ای از برنامه گنجانده شده است.

¹¹. expert panel

جدول ۱. برنامه آموزشی معنادرمانی گروهی

جلسه	محتوا	هدف	تکنیک	تکلیف
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر- انجام پیش‌آزمون تعیین اهداف و قوانین- توضیح مختصر از معنادرمانی فرانکل و شرح مفهوم معنا در زندگی- توضیحاتی در ارتباط با سندرم متابولیک و ویژگی‌های مربوط به آن بیان مشکل اعضای گروه و متحد شدن اعضا برای شرکت در جلسه‌های گروهی	معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر- آشنایی با معنا و مفهوم معنادرمانی- آشنایی با ویژگی‌های بیماری سندرم متابولیک	استفاده از تکنیک یخ‌شکنی جهت تسهیل در ارتباط	تهیه فهرستی از رخدادهای معنی‌ساز در زندگی
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل- باور و پذیرش خویشتن با شناخت ویژگی‌های خویش- توجه به آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد وجودی انسان- اهمیت انتخاب در زندگی- آموزش تکنیک قصدمتناقض	ایجاد توجه بیشتر به ابعاد وجودی خویش و پذیرش آن	قصدمتناقض	تمرین تکنیک قصدمتناقض
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل و آموزش سه منبع معنا در رویکرد فرانکل شامل: ارزش‌های خالق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی و تشریح آنها با استفاده از مثال‌هایی در زندگی شرکت‌کنندگان	شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های خالق، تجربی، نگرشی)	برگه ارزش‌ها فن آگاهی از ارزش‌ها	یافتن مصادیقی از سه معنا در زندگی روزمره- نوشتن دستاوردهای خشنودکننده- در نظر گرفتن رویدادهای اخیر و تجارب هنری
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه پیشنهادهاتی در مورد عملی ساختن مصادیق معنا- بحث راجع به آزادی، مسئولیت‌پذیری و قدرت اراده - افزایش احساس مسئولیت به عنوان بخش اجتناب‌ناپذیر وضعیت انسان و برای یافتن معنا در زمان حال و پذیرش شرایط موجود برای زندگی بهتر- برجسته نمودن مفاهیم مذکور با هدف اتخاذ دیدگاهی مناسب نسبت به همه شرایط زندگی	تمرکز بر اهداف عملی ساختن مصادیق معنا آزادی و احساس مسئولیت	آموزش مفهوم ارزش‌های موازی در مقابل ارزش‌های هرمی	گفتگوی گروهی در زمینه آزادی و مسئولیت‌پذیری و مرتبط ساختن پنداره با واقعیت زندگی درمان‌جویان- تعیین هدف‌ها و زاویه دید دیگر نسبت به اهداف

<p>تعیین یک هدف (کوتاه مدت، متوسط، بلند مدت) جدید برای خود و تحلیل آن</p>	<p>نوشتن هدف به صورت اسمارت^{۱۲}</p>	<p>تعیین و تحلیل اهداف تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های نادیده گرفته شده</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل - تمرکز بر اهداف - متناسب ساختن اهداف با ارزش‌ها - تعیین اهداف جدید - تحلیل اهداف به منظور تناسب داشتن با ارزش‌های شخصی - اظهار نظر در مورد لزوم و مطلوب بودن تجربه شدن ارزش‌های فرد با فراوانی نسبتا بالا - تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های نادیده گرفته شده</p>	<p>۱۳</p>
<p>انتخاب هدف و انجام آن و بررسی تحقق یا عدم تحقق آن و تعیین موانع احتمالی و یا تقویت کننده‌ها جهت انجام آن</p>	<p>انتخاب یک هدف کوتاه مدت از فهرست اهداف که مراجع می‌تواند طی ۲۴ ساعت به آن دست یابد</p>	<p>دستیابی به اهداف غلبه بر ناامیدی</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل - چگونگی دستیابی به اهداف - تعیین هدف کوتاه مدت و نیز تعیین مراحل عمده و جزئی دستیابی به هدف - آشنایی با ناامیدی سازنده و افزایش امید به زندگی</p>	<p>۱۴</p>
<p>تهیه فهرستی از حوزه‌های اضطرابی در زندگی مراجع</p>	<p>استفاده از فن فراخوانی در حوزه های اضطراب زا و رنج آور زندگی</p>	<p>شناخت اضطراب وجودی و شناسایی عوامل ایجادکننده آن</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل - شناخت اضطراب وجودی، شناسایی عوامل ایجادکننده اضطراب و راه‌های مقابله با آن</p>	<p>۱۵</p>
<p>گفتگو در زمینه رنج و چگونگی پذیرش و تحمل آن</p>	<p>قصدمتناقض، بازتاب‌زدایی، تعدیل نگرش‌ها، حساسیت به معنا</p>	<p>روبروشدن و پذیرش رنج و آشنایی با تکنیک‌های یاری رسان در پذیرش معنای زندگی</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل - درک و دریافت معنای رنج - مرور تکنیک قصد متناقض - آموزش تکنیک‌های بازتاب‌زدایی و تعدیل نگرش‌ها و تعلیم حساسیت به معنا</p>	<p>۱۶</p>
<p>گفتگو در زمینه گذرا بودن زندگی، واقعیت مرگ و معنای آن - گفتگوی گروهی در زمینه حضور خدا در ژرف‌ترین لایه‌های وجود انسان</p>	<p>قصدمتناقض</p>	<p>رویارویی با اضطراب وجودی</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل - درک و دریافت معنای نیستی و مرگ - درک حضور خدا در ناخودآگاه تعالی انسان</p>	<p>۱۷</p>

¹². Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Timely (SMART)

مرور تکلیف جلسه قبل - جمع بندی‌ها، خواننده‌ها، و مطالب جلسات پیشین - صحبت در زمینه خط سیر جلسات - ارائه نظر مشارکت‌کنندگان نسبت به تغییرات فردی حاصل شده در جلسات - انجام پس‌آزمون	جمع‌بندی جلسات و انجام پس‌آزمون	خلاصه‌سازی و جمع‌بندی	به‌کارگیری روش‌ها به صورت مستمر و نقد و تحلیل آن در زندگی شخصی
--	---------------------------------	-----------------------	--

این جلسات به همراه تمرینات گروهی و تکالیف منزل به منظور نیل به مقاصدی چون: ۱. کمک به شرکت‌کنندگان برای شفاف‌سازی ارزش‌هایی که به گونه‌ای ویژه برایشان معنادار است. ۲. تعیین اهداف معقول، ۳. حصول اطمینان از اینکه اهداف شرکت‌کنندگان ارزش‌های معنی‌دار شخصی آنها را محقق می‌سازد. ۴. برنامه‌ریزی عملی برای نیل به اهداف، ۵. شناخت اضطراب وجودی، شناسایی عوامل ایجاد اضطراب و راه‌های مقابله با آن، ۶. درک و دریافت معنای رنج، مرگ و نیستی و ۷. درک حضور خدا در ناخودآگاه تعالی انسان، ارائه شده بود.

روایی محتوایی برنامه آموزشی معنا درمانی به تأیید ۱۰ نفر از اساتید و متخصصان حوزه تغذیه، پزشکی و روان‌شناسی رسید. خلاصه درجه‌بندی اساتید در رابطه با برنامه آموزشی معادرمانی که از ۱ «ارتباطی ندارد و ضروری نیست» تا ۳ «کاملاً مرتبط و ضروری است» نمره‌گذاری کردند، در جدول (۲) به دست آمد.

جدول ۲. شاخص نسبت روایی محتوایی

داوران	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۴	جلسه ۵	جلسه ۶-۷	جلسه ۸-۹	جلسه ۱۰	میانگین داوران
جلسه ۱	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳
۲	۳	۲	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۲.۹
۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۲	۲.۹
۴	۳	۳	۳	۲	۳	۳	۳	۳	۲.۹
۵	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۲	۳	۲.۹
۶	۳	۳	۳	۳	۲	۳	۳	۳	۲.۹
۷	۲	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۲.۹
۸	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳
۹	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳
۱۰	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳
میانگین	۲.۹	۲.۹	۳	۲.۹	۲.۹	۳	۲.۹	۲.۹	۲.۹۴
CVI	۰.۸	۰.۸	۱	۰.۸	۰.۸	۱	۰.۸	۰.۸	

برای تبدیل قضاوت کیفی متخصصان به کمیت درباره روایی برنامه آموزشی، از روش لاوشه استفاده شد. مقدار CVR برابر یک به دست آمد که بزرگ‌تر از $0/۶۲$ (مقدار روایی پذیرفته‌شده) بود و بر روایی محتوایی کامل برنامه دلالت داشت.

$$CVR = \frac{10-5}{5} = 1 > 0/62$$

در ارتباط با قابلیت اعتماد مداخله، ضریب توافق بالاتر به معنی قابلیت اعتماد بالاتر است. برای سنجش میزان توافق متخصصان از ضریب کاپا استفاده شد. میزان توافق کاپا برابر با ۱۰۰ درصد توافق بین نمره گذاران بود که حاکی از قابلیت اعتماد بالا بوده است.

$$k = \frac{10}{10-0}(100)$$

در ارتباط با روایی سازه هم چون برنامه حاضر بر اساس پشتوانه نظری معتبری بنا شده بود، پس از روایی سازه مناسبی برخوردار بود. به این معنا که معنادرمانی بر آگاهی از معنای زندگی شخص، به عنوان راهی برای سلامت روان تمرکز دارد. این احساس معنا از خلل تحقق سه نوع ارزش مشتق می‌گردد: ۱. ارزش‌های خالق: آنچه که فرد به جهان می‌دهد. ۲. ارزش‌های تجربی: آنچه که فرد از جهان دریافت می‌کند. ۳. ارزش‌های نگرشی: توانایی تغییر نگرش انسان نسبت به شرایط غیرقابل تغییر. فرانکل در این رابطه بیان می‌کند که افراد هرگز نباید از یاد ببرند که ممکن است، معنا را حتی در حوادث زندگی بیابند؛ زمانی که با یک موقعیت ناامیدکننده و زمانی که با سرنوشتی مواجه می‌شوند که قابل تغییر نیست؛ مانند زمانی که با یک بیماری علاج ناپذیر همچون سرطان غیرقابل درمان مواجه‌اند و دیگر نمی‌توانند یک موقعیت را تغییر دهند، برای تغییر دادن خودشان به چالش کشیده می‌شوند و آنچه که دارای اهمیت است، تحمل فرد نسبت به رنج و پتانسیل بالقوه انسان در بهترین حالتش است؛ این که یک تراژدی شخصی را به یک پیروزی بدل کند و به ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد (۵۴).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با کنترل مقادیر پیش‌آزمون نیز به منظور بررسی تفاوت گروه‌ها برای تحلیل نهایی داده‌ها استفاده شد. تمامی این داده‌ها با نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS، نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها:

اطلاعات توصیفی میزان اضطراب وجودی در جدول شماره ۳ به تفکیک پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل و آزمایش آورده شده است.

جدول ۳: آمارهای توصیفی گرایش مرکزی و پراکندگی متغیرهای اضطراب وجودی

Table 3: Descriptive statistics of central tendency and dispersion of existential anxiety variables

متغیر	گروه	مرحله آزمون	میانگین	انحراف معیار
اضطراب مرگ	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۱/۶۶	۲/۵۲
		پس‌آزمون	۱۸/۲۰	۲/۸۳
		پیگیری	۱۹/۰۶	۵/۰۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۱/۵۷	۲/۶۵
		پس‌آزمون	۲۳/۳۵	۲/۰۹
		پیگیری	۲۱/۰۰	۲/۵۴
اضطراب تنهایی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵/۵۳	۲/۱۶
		پس‌آزمون	۱۴/۰۰	۲/۲۶
		پیگیری	۱۵/۲۶	۲/۱۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۴/۶۴	۲/۷۶
		پس‌آزمون	۱۵/۷۱	۲/۲۳
		پیگیری	۱۷/۳۵	۳/۲۰

اضطراب معنا	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۴/۲۰	۳/۱۲
		پس‌آزمون	۲۱/۴۶	۲/۷۹
		پیگیری	۲۰/۳۳	۲/۷۶
کنترل	پیش‌آزمون	۲۲/۲۱	۲/۵۱	
		پس‌آزمون	۲۲/۷۱	۳/۰۹
		پیگیری	۲۴/۹۲	۲/۸۴
اضطراب مسئولیت	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۵/۴۶	۳/۷۱
		پس‌آزمون	۲۲/۱۳	۴/۰۸
		پیگیری	۲۱/۲۶	۲/۹۶
کنترل	پیش‌آزمون	۲۴/۰۷	۲/۵۵	
		پس‌آزمون	۲۲/۳۵	۲/۳۷
		پیگیری	۲۳/۲۱	۲/۱۱

جدول (۳) آمارهای توصیفی گرایش مرکزی و پراکندگی متغیرهای اضطراب وجودی را نشان می‌دهد. میزان میانگین نشان داد که گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون که اثر مداخله‌ای اعمال نشده بود، دارای میانگین‌های مشابه و نزدیک به هم در هر چهار متغیر اضطراب وجودی بودند، اما گروه آزمایش با دریافت اثرات مداخله‌ای در مرحله پس‌آزمون نمرات کمتری نسبت به پیش‌آزمون و نیز نسبت به پس‌آزمون در گروه کنترل، در چهار متغیر اضطراب مرگ، اضطراب تنهایی، اضطراب معنا و اضطراب مسئولیت از خود گزارش کردند و این درحالی است که گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش یا تغییر مطلوبی در چهار متغیر نامبرده نشان نداد. همچنین مقادیر آزمون مرحله پیگیری در گروه آزمایش نشان داد تغییرات ایجاد شده تقریباً ثابت مانده است. این درحالی است که تغییراتی در هر سه مرحله آزمون در گروه کنترل مشاهده نشد.

جدول ۴: آزمون لوین برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا

Table 4: Levin test to test the assumption of equality of error variances

متغیر	مقدار f	Df1	Df2	سطح معناداری
اضطراب مرگ (پس‌آزمون)	۰/۳۷۲	۱	۲۷	۰/۵۴۷
اضطراب مرگ (پیگیری)	۱/۷۵	۱	۲۷	۰/۱۹۶
اضطراب تنهایی (پس‌آزمون)	۰/۳۳۲	۱	۲۷	۰/۵۶۹
اضطراب تنهایی (پیگیری)	۰/۷۰۷	۱	۲۷	۰/۴۰۸
اضطراب معنا (پس‌آزمون)	۲/۶۲	۱	۲۷	۰/۱۱۷
اضطراب معنا (پیگیری)	۰/۰۶۵	۱	۲۷	۰/۸۰۱
اضطراب مسئولیت (پس‌آزمون)	۹/۰۵	۱	۲۷	۰/۰۶۰
اضطراب مسئولیت (پیگیری)	۱/۵۲	۱	۲۷	۰/۲۲۷

جدول (۴) آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد مفروضه برابری

واریانس‌های خطا برای متغیرهای هشت‌گانه اضطراب وجودی برقرار است ($p > 0.01$).

جدول ۵: آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با اندازه‌های تکراری برای بررسی تفاوت بین گروهی

Table 5: Multivariate analysis of covariance with repeated measures to examine the difference between groups

شاخص	مقدار	مقدار f	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۷۵۰	۱۵/۰۳	۲	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰

جدول (۵) آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه‌های تکراری برای بررسی تفاوت بین گروهی را نشان می‌دهد. یافته‌های کلی این آزمون نشان داد در حالت‌های مختلف مقایسه درون گروهی و بین گروهی، زمان، مقایسه گروهی و اثر زمان در گروه تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/01$).

جدول ۶: مقایسه زوجی دو گروه آزمایش و کنترل در اثر تعاملی گروه در زمان

Table 6: Pair comparison of experimental and control groups due to the interaction of the group in time

متغیر	مقایسه گروه‌ها	مرحله آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
اضطراب مرگ	آزمایش	کنترل	۵/۱۳	۱/۰۲	۰/۰۰۱
	آزمایش	کنترل	۱/۷۵	۱/۱۳	۰/۱۳۶
اضطراب تنهایی	آزمایش	کنترل	۱/۶۱	۰/۹۲۶	۰/۰۹۴
	آزمایش	کنترل	۲/۳۶	۱/۱۶	۰/۰۵۴
اضطراب معنا	آزمایش	کنترل	۲/۸۲	۰/۹۹۵	۰/۰۰۹
	آزمایش	کنترل	۲/۸۲	۰/۹۹۵	۰/۰۰۱
اضطراب	آزمایش	کنترل	۱/۲۲	۱/۱۲	۰/۳۸۲
	آزمایش	کنترل	۲/۳۷	۱/۱۲	۰/۰۴۵

جدول (۶) مقایسه زوجی دو گروه آزمایش و کنترل در اثر تعاملی گروه در زمان را نشان می‌دهد. یافته‌های این آزمون نشان داد که دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون اضطراب مرگ دارای تفاوت معنادار بودند ($p < 0/01$). اما در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری در این دو گروه مشاهده نشد ($P > 0/01$). همچنین طبق جدول فوق، در دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب تنهایی، در مرحله پس‌آزمون و نیز در مرحله پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد ($P > 0/01$). در اضطراب معنا نیز تفاوت معنادار بود ($p < 0/01$) و در مرحله پیگیری هم این تفاوت حفظ شد ($P < 0/01$). همچنین یافته‌ها در جدول فوق نشان داد که دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون اضطراب مسئولیت، دارای تفاوت معنادار نبودند ($p > 0/01$)، اما در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری داشتند ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف تدوین یک برنامه آموزشی معنادرمانی گروهی و بررسی اثربخشی آن بر اضطراب وجودی در بیماران مبتلا به سندرم متابولیک انجام شد. نتایج نشان داد گروه آزمایش با دریافت اثر مداخله‌ای اضطراب مرگ کمتری را نسبت به گروه کنترل از خود گزارش کرده‌اند. این یافته با نتایج مطالعات حسینی کیاسری و همکاران (۵۳)، دهداری و همکاران (۳۸) و ولایی و زالی‌پور (۵۴) همسو است. در تبیین تأثیر معنادرمانی گروهی بر متغیر اضطراب مرگ باید بیان داشت که اضطراب یکی از ویژگی‌های شناختی هر فرد است که در ارتباط با تهدید نیستی در وجودش ریشه‌دار شده است و پذیرش و آگاهی از نابود شدنی بودن، ناگزیر باعث اضطراب می‌شود. در برخی از افراد این اضطراب بیشتر است، همانند افراد دارای بیماری، سالمندان و امثال آن، یکی از این گروه‌ها نیز می‌تواند افراد دارای ناتوانی‌هایی جسمانی باشد (۵۵). به گفته فرانکل، افرادی که با پدیده ترس برانگیزی مانند مرگ مواجه می‌شوند، معنادرمانی می‌تواند یک شجاعت‌باور نکرده‌ای و زیادی نسبت به مرگ برای آنها فراهم کند. در واقع حتی اگر افرادی همانند گروه‌های نام برده در حال رنج کشیدن نیز باشند، این نوع درمان معنای زندگی را به آنها هدیه خواهد داد (۴۵). معنادرمانی، به مراجعان در رویارویی با واقعیت مرگ کمک می‌کند یا دست‌کم پتانسیل رویارویی و مواجهه منطقی با آن را به افراد می‌دهد (۵۶). همچنین، نتایج نشان داد برنامه درمانی تدوین شده بر اضطراب تنهایی تأثیر معناداری ندارد. این یافته با مطالعات انجام شده توسط ریکا و جیاکینگ (۵۷) ناهمخوان بود. در تبیین نتیجه به دست آمده مبنی بر آن که آموزش معنادرمانی گروهی تفاوت معناداری بر کاهش اضطراب تنهایی گروه نمونه آزمایش نداشته است، استدلال‌هایی از دو جنبه می‌توان مطرح نمود. ابتدا از جهت ناهمسوئی نتیجه بررسی این فرضیه با پژوهش‌های پیشین می‌توان گفت که یکی از دلایل اصلی عدم همسوئی آن است که اکثر قریب به اتفاق پژوهش‌هایی که نتایج این پژوهش با آنها ناهمسو بوده است، اثربخشی آموزش معنادرمانی را بر گروه‌های نمونه خاصی از جمله سالمندان، سالمندان ساکن اقامتگاه‌های سالمندی، افراد بازنشسته و امثال آنها انجام گرفته که به طور طبیعی یا تحت شرایط اجتماعی و شغلی خواه ناخواه با تنهایی بیشتری نسبت به دوره‌های ماقبل زندگی مواجه شده‌اند. اما افراد نمونه این پژوهش از افراد جوان یا میانسال بوده‌اند که شرایط خاصی که آن‌ها را خواه ناخواه در معرض تنهایی قرار داده باشد، برایشان وجود نداشته است. استدلال دوم را اینطور می‌توان بیان نمود که اصولاً اثربخشی یا کاهش دادن معنادار اضطراب تنهایی در صورتی قابلیت طرح و انتظار بیشتر دارد که گروه هدف (آزمایش) اضطراب تنهایی زیاد یا حداقل بالاتری از گروه‌های همتا یا عادی داشته باشند، در حالی که میزان اضطراب تنهایی این گروه همانند گروه هم‌تای عادی بوده و هر دو گروه نیز میزان اضطراب تنهایی بالایی در هیچ‌کدام از مراحل آزمون از خود نشان نداده‌اند. حتی افراد دارای سندرم متابولیک (گروه نمونه آزمایش) تحت شرایط بیماری که نیازمند مراقبت و حمایت‌هایی بیشتری نیز هستند که فرهنگ جامعه ما و خیلی از جوامع حمایت و مراقبت و عیادت از بیمار را ارزشمند می‌دانند، احساس تنهایی زیادی را تجربه نمی‌کنند و در نتیجه معنادرمانی نیز نبود یا کمبود چیزی را (اضطراب تنهایی) نمی‌تواند کاهش دهد، در غیر این صورت انتظار کاهش اضطراب تنهایی به تبع مبانی پژوهش و نظری موجود قابل انتظار می‌باشد. بنابراین نتیجه به دست آمده قابل تبیین و توجیه است.

اما یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد برنامه معنادرمانی گروهی بر اضطراب معنا تأثیر معناداری دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کانگ و همکاران (۴۵)، دهداری و همکاران (۳۸)، رباط‌میلی و همکاران (۳۹)، پیرخانی و صالحی (۴۰) همسو و هماهنگ بود. در تبیین اثر معنادرمانی گروهی بر کاهش اضطراب معنا می‌توان به مبنایی نظری موجود در این زمینه اشاره کرد. معنادرمانی با در نظر گرفتن گذرایی هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تلاش و فعالیت فرا می‌خواند و بیان می‌دارد که آنچه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرشت نامطلوب‌شان نیست بلکه بی‌معنا شدن زندگی است که مصیبت‌بار است. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می‌تواند حتی معنی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد (۵۸). در معنی‌درمانی هدف منحصر به احساس موفقیت و شادمانی فرد در برخورد با مسایل زندگی نیست، بلکه معنادرمانی به بقای شخص توجه دارد، لذا دارای ارزش حیاتی است یک درمانگر نمی‌تواند به بیمار بگوید که

معنای زندگی چیست اما می‌تواند به وی نشان دهد که زندگی بامعنا است منتها معنای زندگی از نظر افراد مختلف متفاوت است و برای فرد به خصوصی نیز همواره در حال تغییر است (۵۹).

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد معنادرمانی گروهی بر اضطراب مسئولیت تأثیر معناداری ندارد. در باب همسویی و ناهم‌سویی این یافته، پژوهش‌هایی در دسترس نیستند که مقایسه‌ای با آن صورت گیرد. می‌توان اشاره کرد که در مداخله گروهی معنادرمانی اصل پذیرش مسئولیت اهمیت خاصی دارد. فرد با حس مسئولیت احساس می‌کند که کنترل اوضاع زندگی 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 از کنترل بیرونی به کنترل درونی در افراد، موجب دوری از کنترل بیرونی و گرایش به کنترل درونی می‌شود، ناامیدی و یأس در رسیدن به خواسته‌ها در فرد را کاهش می‌دهد و باعث کاهش اضطراب مسئولیت در او می‌شود. همچنین مداخله معنادرمانی به افراد کمک می‌کند تا زمان حال و بهبود فعلی را کوچک تلقی نکند و از آینده و حوادثی که هنوز صورت نگرفته است، ترس به وجود نیاید (۶۰). حال بررسی عدم تفاوت معنادار دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون را می‌توان چنین تبیین نمود که گذر زمان برای کاهش اضطراب مسئولیت در افراد از اهمیت زیادی برخوردار بوده است. به عبارتی دیگر " زمان " نکته کلیدی در تبیین این معادله محسوب می‌شود و برای اثر معنادرمانی بر کاهش اضطراب مسئولیت، زمان یک مساله مهم است. همچنین پرهیز از تفکر و ایجاد احتمال برای رخ داده‌های اضطراب‌زایی که هنوز رخ نداده یا اصلاً رخ نخواهد داد نیز بر کاهش اضطراب موثر است که در واقع این مساله نیز در پنج‌مین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۶۱) به عنوان یکی از عوامل شناختی و زیر بنایی ایجاد اضطراب شناخته شده است. معنادرمانی با طرح این مساله که در حال و برای هدف حال باید کوشید، در زمینه‌سازی برای کاهش اضطراب در حوزه مسئولیت موثر است و گذشت زمان برای تایید این نگرش ایجاد شده توسط معنادرمانی اهمیت دارد، گذشت زمان نشان می‌دهد که رخ داده‌های اضطراب‌زایی در حوزه مسئولیت‌های فرد که انتظار آن را داشت، هرگز یا به احتمال خیلی فراوان رخ نخواهد داد. بدین طریق ملاحظه می‌شود که گذشت زمان نکته کلیدی برای اثربخش شدن معنادرمانی بر کاهش اضطراب مسئولیت است و عدم تفاوت معنادار دو گروه در مرحله پس‌آزمون قابل توجیه است. بنابراین، لازم است در مطالعات بعدی، بررسی‌های طولی بیشتری انجام پذیرد.

محدودیت‌های پژوهش:

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری است، در این پژوهش محدودیت‌هایی برای انتخاب نمونه‌گیری به روش‌های معرف‌تر، همچون نمونه‌گیری تصادفی ساده وجود داشت، بنابراین اعتبار بیرونی پژوهش تحت تاثیر روش نمونه‌گیری در دسترس قرار می‌گیرد؛ از جمله دیگر محدودیت‌های پژوهش عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر یا تعدیل‌کننده در پژوهش بود. با توجه به تاثیر معنادار معنادرمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ، پیشنهاد می‌شود که از معنادرمانی برای کاهش اضطراب مرگ، به خصوص برای بیماران و سالمندان که خطر مرگ را احساس می‌کنند، استفاده شود. اما با توجه به عدم ثبات نتایج می‌توان معنادرمانی گروهی را با روش‌های مداخله‌ای دیگر یا در قالب‌ها و فضاهای دیگر همچون ارائه معنادرمانی در قالب مذهبی ادغام نمود تا بدین وسیله اثر آن بر کاهش اضطراب مرگ بیشتر یا دارای ثبات باشد؛ همچنین با توجه به اثربخشی معنادار معنادرمانی گروهی بر اضطراب معنا و ثبات این نتایج با گذشت فاصله زمانی دو ماهه، پیشنهاد می‌شود برای ایجاد معنا در زندگی و کاهش اضطراب از بی‌معنایی یا تردید در مورد معنا و اهداف زندگی، از معنادرمانی گروهی بدین منظور استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی:

این مقاله برگرفته از رساله دکترا دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با عنوان تدوین برنامه آموزشی معنادرمانی گروهی و بررسی اثربخشی آن بر اضطراب وجودی رفتارهای غیرمتحرک خاص در بیماران مبتلا به سندرم متابولیک است که با شناسه

اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1398.004 مصوب گردید. پس از کسب مجوز کمیته اخلاق دانشگاه و صدور معرفی نامه برای جمع آوری اطلاعات، پژوهشگر با حضور در محیط پژوهش و با ارایه فرم رضایت آگاهانه اقداماتی از قبیل آگاه ساختن جامعه آماری از هدف مطالعه، توضیح درباره اینکه جامعه آماری جهت شرکت در مطالعه مختار هستند و اطلاعات هویتی آنها محرمانه باقی می ماند، پرسش نامه بین تمامی جامعه آماری توزیع و پس از اجرای پرسشنامه تحویل گرفته شد.

کاربرد پژوهش:

پژوهش حاضر، برنامه آموزشی عملی جدیدی نسبت به درمان و پیشگیری سندرم متابولیک و نیز الگویی جهت مطالعه و به کارگیری سایر روش های درمانی روانشناختی در درمان سندرم متابولیک ارائه داده است و به افراد مبتلا به سندرم متابولیک در مدیریت بیماری و کاهش اثرات مربوط به آن کمک کرده است.

تشکر و قدردانی:

از تمامی بیماران و افرادی که در این پژوهش به عنوان نمونه شرکت کرده اند و همچنین از پرسنل مراکز بهداشت شهرستان سمنان بخاطر همکاری و مساعدتشان در راستای انجام این پژوهش سپاسگزاریم.

References:

1. Ghorbani, R. et al.. A study of the prevalence of fall 2012. [\[link\]](#).
2. Mahjoub S. et al. The prevalence of metabolic syndrome according to the Iranian Committee of Obesity and ATP III criteria in Babol, North of Iran, Caspian J Intern Med 2012; 3(2): 410-416. [\[link\]](#).
3. Berenji, Shila. Rahmat, Asmah Bt. Hanachi, Parichehr. Sunn, Lye Munn. Yassin, Zaitun Bt. Sahebjamee, Farzad. Global Journal of Health Science. 2010; 2(2). [\[link\]](#).
4. Feng Y, Zheng G, Ling C.. The investigation of the correlation between metabolic syndrome and Chinese medicine constitution types in senior retired military personnel of the People's Liberation Army. Chinese journal of integrative medicine. 2012; 18:485-9. [\[link\]](#).
5. Shamsipoor, H. et al.. The mediating role of health-related behaviors, chronic stress, and depressive symptoms in the relationship between psychological vulnerability and metabolic syndrome. Contemporary Psychology, 2015; 10(1): 22-3. [Persian] [\[link\]](#).
6. Elovainio, M. et al.. Hostility, metabolic syndrome, inflammation and cardiac control in young adults: The young fins study. Biological Psychology, 2011; 87: 234-240. [\[link\]](#).
7. Raikkonen, Katri., Matthews, Karen A., & Kuller, Lewis H.. The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: Antecedent or consequence? Metabolism, 2002; 51: 1573-1577. [\[link\]](#).
8. Kim, B. et al.. Association of smoking status, weight change, and incident metabolic syndrome in men: A 3-year follow-up study. Diabetes Care, 2009; 32: 1314-1316. [\[link\]](#).
9. Laaksonen, DE. et al. Low levels of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness predict development of the metabolic syndrome. Diabetes Care, 2002; 25: 1612-1618. [\[link\]](#).
10. Oh, S.W. et al.. Association between cigarette smoking and metabolic syndrome. Diabetes Care, 2005; 28: 2064-2066. [\[link\]](#).
11. Chandola, T. Brunner, E. Marmot, M.. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. British Medical Journal, 2006; 332: 521-524. [\[link\]](#).
12. Raikkonen, K. Matthews, K. A. Kuller, L. H.. Depressive symptoms and stressful life events predict metabolic syndrome among middle-aged women. Diabetes Care, 2007; 30: 872- 877. [\[link\]](#).

13. Costigan, S. et al.. The Health Indicators Associated with Screen-Based Sedentary Behavior among Adolescent Girls: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health* 52 (2013) 382e392. Received March 6; Accepted July 31, 2012. [[link](#)].
14. Owen, N. et al.. Sedentary Behavior: Emerging Evidence for a New Health Risk. *Mayo Clin Proc.* December; 2010; 85(12):1138-1141. doi:10.4065/mcp.2010.0444, [[link](#)].
15. Michael, Jennifer R.. The relations of metabolic syndrome to anxiety and depression symptoms in children and adults. *UVM Honors College Senior Theses*, 2017; 160 [[link](#)].
16. Carroll, Douglas. Phillips, Anna C. Thomas, G. Neil. Gale, Catharine R. Deary, Ian and Batty, G. David.. Generalized anxiety disorder is associated with metabolic syndrome in the Vietnam experience study. *Biol. Psychiatry*, 2009; 66:91–93 [[link](#)].
17. Michael, JR.. The relations of metabolic syndrome to anxiety and depression symptoms in children and adults. *UVM Honors College Senior Theses* , 2017;160. [[link](#)].
18. Ruhvaza, H. et al. Psychological status and quality of life in connection with metabolic syndrome: Study of Isfahan cohort. *International Journal of Endocrinology*, May 20, 2012.[[link](#)].
19. Kahl, K. et al.. Depression, anxiety disorders, and metabolic syndrome in a population at risk for type 2 diabetes mellitus. *Brain and Behavior*; doi: 10.1002/brb3.306. Received: 25 September 2014; Revised: 14, November 2014; Accepted: 30 November 2014; 5(3): 306 [[link](#)].
20. Bankoski, Andrea, Harris, Tamara B., McClain, JAames J., Brychta, Robert J., Caserotti, Paolo. Chen, K. Kong Y. Berrigan, David. Troiano, Richard P. Koster, Annemarie. Sedentary activity associated with metabolic syndrome independent of physical activity. *Diabetes Care*, 2011; 34: 497-503. [[link](#)].
21. Teychenne, M. Costigan, S.A. Parker, K.. The association between sedentary behavior and risk of anxiety: A systematic review *Health behavior, health...* *BMC Public Health* · December 2015. DOI: 10.1186/s12889-015-1843-x. [[link](#)].
22. Abai Koopai, M. (2015).Sarabadani Tafreshi, L. Relationship between trust and trust in God, with existential anxiety among university teachers. *Journal of Resource Management Research in the Police Force*, 2015; 3(4): 105-126. [Persian] [[link](#)].
23. Hooman, H.A. et al. Evaluation of reliability and validity of existential anxiety scale among high school students in Ilam province. *Institute of Humanities and Cultural Studies, Comprehensive Portal of the Humanities*, 2011: 166-143.[Persian] [[link](#)].
24. Andy, P.F. Newman, L. (2008). *Existential Well-Being in Younger and Older People with Anorexia Nervosa-A Preliminary Investigation*. London. [[link](#)].
25. Yousefi N, et al.. Efficacy of logo therapy and gestalt therapy in treating anxiety, depression and aggression. *Scientific Journal Management System*. 2009; 5(19):251-9. [Persian] [[link](#)].
26. Babaei, P. Damirchi, A. Azali Alamdari, K.. Effects of endurance training and detraining on serum BDNF and memory performance in middle aged males with metabolic syndrome.*Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* , 2013; 15(2):132-142 [Persian] [[link](#)].
27. Kronenberg F, et al. Influence of leisure time physical activity and television watching on atherosclerosis risk factors in the NHLBI Family Heart Study. *Atherosclerosis*, 2000; 153:433–443. [[link](#)].
28. Macmillan,F. et al.. A systematic review of physical activity and sedentary behavior intervention studies in youth with type 1 diabetes: study characteristics, intervention design,

- and efficacy. University of Strathclyde. Journal Pediatric Diabetes. Published, 2013; DOI:10.1111/pedi.12060. [\[link\]](#).
29. Sharghi, S.. Metabolic and Obesity Syndrome. Iranian Journal of Diabetes and Lipid, June 2, 2013; 12(5): 412-399. [Persian] [\[link\]](#).
30. Waqf, Mehrabani E.et al.. The effect of probiotics on the prevention and treatment of metabolic syndrome disorders. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2015; 18 (9): 74-84. [Persian] [\[link\]](#).
31. Sanei, P. et al.. Random intersection. Iranian Journal of Nutritional Sciences and Food Industry, 2013; 8(3):136-123. [Persian] [\[link\]](#).
32. Paknahad, Z. Zarei Bidgoli, H.. Metabolic syndrome and non-alcoholic fatty liver: Nutritional approach to prevention. Journal of Isfahan School of Medicine, 2013; 31(252) The Second Week of November. [Persian] [\[link\]](#).
33. Hosseini Kiasari, et al. The effectiveness of cognitive-existential therapy group on reducing depression, anxiety and stress in people with multiple sclerosis. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 2014, 24(122): 372-367. [Persian] [\[link\]](#).
34. Nouri Saeed.A.. A Study of Spiritual Intelligence and Related Factors in Patients with Ischemic Heart Disease Spiritual Intelligence in Patients with Ischemic Heart Disease, Guilan University of Medical Sciences , Rasht, 2016. [\[link\]](#).
35. Rathi, N. Rastogi, R.. Meaning in life and psychological well-being in preadolescents and adolescents. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 2007; 33(1): 31-38. [\[link\]](#).
36. Widera, E.W. BlockS.D.. Managing grief and depression at the end of life. Am Fam Phys, 2012 1; 86:259-64. [\[link\]](#).
37. Stone, N.J. Saxon, BA.. Approach to Treatment of the Patient with Metabolic Syndrome: Lifestyle Therapy, Elsevier Inc. doi: 10.1016/j.amjcard, 2005.05.010. [\[link\]](#).
38. Dehdari, T. et al.. The relationship between having meaning in life and stress, anxiety and depression in students of Iran University of Medical Sciences in 2013. Journal of Health Education and Health Promotion, 2013; 1(3).[Persian][\[link\]](#)
39. Robat-e-Mili, S. et al.. The effect of meaning therapy and treatment on students' depression and hope. Knowledge and Research in Applied Psychology, 2013, 14(3); Consecutive (53): 10-3. [Persian] [\[link\]](#).
40. Pirkhaefi, A, Salehi, F.. Effectiveness of Group Logotherapy on Promotion Mental Health of Women with Breast Cancer. Quart. J. Health Psychol, 2013; 2(8):61-69. [Persian] [\[link\]](#).
41. Masoudi, SR et al.. Construction, Validity And Reliability Of Existential Anxiety Questionnaire (QFEA). Clin. Psychol. Personal, 2016; 13:151- 162. [Persian] [\[link\]](#).
42. Taba, H.. Curriculum Development: Theory and Practice. Harcourt, Brace and World, INC New York, U.S.A, 1962. [\[link\]](#).
43. Frankel,VE., Physician and Soul, translated by Farrokh Seif Behzad, Tehran, Dersa Publications, 1998.
44. Hutzell, R.. A general course of group logotherapy. Journal: Viktor Frankl Foundation of South Africa, 2002; (7):15-26. [\[link\]](#).
45. Kang, K. A., et al.. The effect of logo therapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of adolescents with terminal cancer. Journal of Korean Academy of Child Health Nursing, 2009; 15(2):136-144. [\[link\]](#).
46. Susan Familian Ahmadian, F; Khodabakhshi Kolaei, A; Philosophy of Nejad, M (2015) Journal of Research in Religion and Health, 2015; 1(3): 11- 18. [Persian][\[link\]](#).

47. Zanjiran, Sh; Borjali, A; Karaskian, A. (2014).The effectiveness of group therapy on the quality of life and general health of women living in nursing homes. Razi Journal of Medical Sciences, 2014; 21(127). [Persian] [[link](#)].
48. Hamidzadeh, R. et al.(2013). Women and Family Studies, 2013; 6(21):86-71. [Persian] [[link](#)].
49. Haji Azizi, AH. et al. The effect of group therapy on death anxiety and life expectancy of the elderly living in day and night centers in Kerman. Iranian Journal of Aging, 2017; 12 (2): 231-220. [Persian] [[link](#)].
50. Bayramy, M. et al.. Efficacy of Group Logo Therapy on Coping Strategies with Stress and Adjustment to Illness in Leukemia Patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN).Tabriz University, Tabriz, 2017 [IJPN 2017, 4\(5\): 22-28](#)Iran .[Persian] [[link](#)].
51. Golmohammadian, M, Nazari, H, Azar, P.).The effect of group semantic therapy on death anxiety and social adjustment of the elderly. Journal of Aging Psychology, 2016; 2(3): 175-167. [Persian] [[link](#)].
52. Khodayari, B; Asgari, S; Sadeghi, S..The Effectiveness of Meaning Short-Term Group Therapy on Post-Traumatic Stress Disorder in Veterans. Military Psychology Quarterly, Volume 6, Number 21, spring, 2015: 28-15. [Persian] [[link](#)].
53. Hosseini Kiasari ST, Ghamari Givi H, Khaleqkqhah A. The Efficacy of Cognitive-Existential Group Therapy in Reducing the Levels of Depression, Anxiety and Stress in Patients with Multiple Sclerosis. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015; 24(122): 368-72. [Persian][[link](#)].
54. Valaei N, Zalipoor S.. The Effectiveness of Logo Therapy on Elderly's Death Anxiety. Journal of Aging Psychology. 2015; 1(1):49-55. [Persian] [[link](#)].
55. Van Deurzen E. Everyday mysteries: A handbook of existential psychotherapy: Routledge; 2009.[[link](#)].
56. Ulrichová, M.. Logo Therapy and Existential Analysis in Counseling Psychology as Prevention and Treatment of Burnout Syndrome. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 2012; 69: 502-509.[[link](#)].
57. Jiaqing O. Association between caregiving, meaning in life, life satisfaction and quality of life, beyond 50 in an asian sample age as a moderator. J Sci Busi Med. 2011; 78:123-9.[[link](#)].
58. Frankel,VE, Research in Semantic Therapy, Translation: Salehian Movement and Mahin Milani, 2005. Sadra Publications.
59. Sartre J-P. Existentialism is a Humanism: Yale University Press; 2007.[[link](#)]
60. Robertson, J.. Spirituality among public school principals and its relationship to job satisfaction and resiliency. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Education in Educational Leadership, Union University, 2008 [[link](#)].
61. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.[[link](#)]

ابزار پژوهش:

برنامه آموزشی معادرمانی گروهی

جلسه	محتوا	هدف	تکنیک	تکلیف
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر- انجام پیش‌آزمون تعیین اهداف و قوانین- توضیح مختصر از معادرمانی فرانکل و شرح مفهوم معنا در زندگی- توضیحاتی در ارتباط با سندرم متابولیک و ویژگی‌های مربوط به آن بیان مشکل اعضای گروه و متحد شدن اعضا برای شرکت در جلسه‌های گروهی	معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر- آشنایی با معنا و مفهوم معادرمانی- آشنایی با ویژگی‌های بیماری سندرم متابولیک	استفاده از تکنیک یخ‌شکنی جهت تسهیل در ارتباط	تهیه فهرستی از رخدادهای معنی‌ساز در زندگی
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل- باور و پذیرش خویشتن با شناخت ویژگی‌های خویش- توجه به آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد وجودی انسان- اهمیت انتخاب در زندگی- آموزش تکنیک قصدمتناقض	ایجاد توجه بیشتر به ابعاد وجودی خویش و پذیرش آن	قصدمتناقض	تمرین تکنیک قصدمتناقض
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل و آموزش سه منبع معنا در رویکرد فرانکل شامل: ارزش‌های خالق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی و تشریح آنها با استفاده از مثال‌هایی در زندگی شرکت‌کنندگان	شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های خالق، تجربی، نگرشی)	برگه ارزش‌ها فن آگاهی از ارزش‌ها	یافتن مصادیقی از سه معنا در زندگی روزمره- نوشتن دستاوردهای خوشنودکننده- در نظر گرفتن رویدادهای اخیر و تجارب هنری
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه پیشنهاداتی در مورد عملی ساختن مصادیق معنا- بحث راجع به آزادی، مسئولیت‌پذیری و قدرت اراده - افزایش احساس مسئولیت به عنوان بخش اجتناب‌ناپذیر وضعیت انسان و برای یافتن معنا در زمان حال و پذیرش شرایط موجود برای زندگی بهتر- برجسته نمودن مفاهیم مذکور با هدف اتخاذ دیدگاهی مناسب نسبت به همه شرایط زندگی	تمرکز بر اهداف عملی ساختن مصادیق معنا آزادی و احساس مسئولیت	آموزش مفهوم ارزش‌های موازی در مقابل ارزش‌های هرمی	گفتگوی گروهی در زمینه آزادی و مسئولیت‌پذیری و مرتبط ساختن پنداره با واقعیت زندگی درمان‌جویان- تعیین هدف‌ها و زاویه دید دیگر نسبت به اهداف

تجرب	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل- تمرکز بر اهداف- متناسب ساختن اهداف با ارزشها- تعیین اهداف جدید- تحلیل اهداف به منظور تناسب داشتن با ارزشهای شخصی- اظهار نظر در مورد لزوم و مطلوب بودن تجربه شدن ارزشهای فرد با فراوانی نسبتا بالا- تعیین اهداف جدید برای ارزشهای نادیده گرفته شده</p>	<p>تعیین و تحلیل اهداف تعیین اهداف جدید برای ارزشهای نادیده گرفته شده</p>	<p>تعیین یک هدف (کوتاه مدت، متوسط، بلند مدت) جدید برای خود و تحلیل آن</p>
	تشم	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل- چگونگی دستیابی به اهداف- تعیین هدف کوتاه مدت و نیز تعیین مراحل عمده و جزئی دستیابی به هدف- آشنایی با ناامیدی سازنده و افزایش امید به زندگی</p>	<p>دستیابی به اهداف غلبه بر ناامیدی</p>
هفتم		<p>بررسی تکلیف جلسه قبل- شناخت اضطراب وجودی، شناسایی عوامل ایجادکننده اضطراب و راههای مقابله با آن</p>	<p>شناخت اضطراب وجودی و شناسایی عوامل ایجادکننده آن</p>
	هشتم	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل- درک و دریافت معنای رنج- مرور تکنیک قصد متناقض- آموزش تکنیکهای بازتاب زدایی و تعدیل نگرشها و تعلیم حساسیت به معنا</p>	<p>روبروشدن و پذیرش رنج و آشنایی با تکنیکهای یاری رسان در پذیرش معنای زندگی</p>
نهم		<p>بررسی تکلیف جلسه قبل- درک و دریافت معنای نیستی و مرگ- درک حضور خدا در ناخودآگاه تعالی انسان</p>	<p>رویاریی با اضطراب وجودی</p>

مرور تکلیف جلسه قبل - جمع بندی ها، خواننده ها، و مطالب جلسات پیشین - صحبت در زمینه خط سیر جلسات - ارائه نظر مشارکت کنندگان نسبت به تغییرات فردی حاصل شده در جلسات - انجام پس آزمون	جمع بندی جلسات و انجام پس آزمون	خلاصه سازی و جمع بندی	به کارگیری روش ها به صورت مستمر و نقد و تحلیل آن در زندگی شخصی
--	---------------------------------	-----------------------	--

پرسشنامه اضطراب وجودی (QFEA)

پاسخ دهنده گرامی لطفاً هریک از ۳۱ عبارت زیر را مطالعه و مشخص کنید که تا چه حد ناراحت و نگران می شوید. میزان ناراحتی خود را با علامت زدن در جدول مقابل آن درجه بندی فرمایید. پیشاپیش از بذل عنایت شما بسیار متشکرم.

ردیف	گویه	اصلا	کمی	زیاد	بسیار زیاد
۱	انسان خودش زندگی را برای خویش تلخ می کند.				
۲	حتی با دیگران بودن هم نمی تواند ما را از تنهایی درآورد.				
۳	انسان نمی داند در آینده چه بر سرش می آید.				
۴	روزی عمرمان به پایان می رسد.				
۵	فرد در برابر تمام اتفاقات زندگی اش مسئول است.				
۶	انسان ها نمی توانند به طور کامل یکدیگر را درک کنند.				
۷	زندگی به خودی خود پوچ و بی معناست.				
۸	دنیا بدون ما هم به همان روش قبلیش ادامه می یابد.				
۹	در نهایت مسئولیت ساختن زندگی هر فرد بر عهده خودش است.				
۱۰	دنیای افراد با هم خیلی فرق دارد.				
۱۱	مرگ پیر و جوان ندارد و هر لحظه ممکن است اتفاق بیفتد.				
۱۲	باید برای یافتن نقش و جایگاهمان در این جهان تلاش کنیم.				
۱۳	فرد خودش مسئول عواقب تصمیماتی است که می گیرد.				
۱۴	افراد نمی توانند در هنگامی که تنها هستند شاد باشند.				
۱۵	انسان نمی تواند دریابد علت رنج هایی که در زندگی می کشد چیست.				
۱۶	پس از مرگ حتی عزیزانمان هم فراموشمان می کنند.				
۱۷	انسان خودش مسئول تغییر زندگی اش است و نه سرنوشت.				
۱۸	انسان در شناخت نزدیک ترین افراد زندگی اش هم ناکام می ماند.				
۱۹	باید به دنبال هدفی باشیم که ارزش دنبال کردن را داشته باشد.				
۲۰	جسم انسان با مرگ نابود می شود.				
۲۱	انسان خودش مسئول اصلی رفتاری ها و رنج های زندگی اش				

				است.	
				درد دل کردن با دیگران هم نمی تواند ما را آرام کند.	۲۲
				ما نمی دانیم علت خلق شدن و زندگی کردن ما چیست.	۲۳
				ممکن است زندگی پس از مرگ وجود نداشته باشد.	۲۴
				ما باید به دنبال چیزی باشیم که به زندگی مان معنا و جهت ببخشد.	۲۵
				علت اصلی اغلب بیماری ها به خودمان بر می گردد.	۲۶
				نقش اصلی درمان بیماری با خود فرد است.	۲۷
				روزی می آید که در این دنیا نخواهیم بود.	۲۸
				نمی دانیم آخر و عاقبتمان چه می شود.	۲۹