

مقاله اصلی

اثربخشی معنادرمانی بر سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی در بیماران قلبی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۲۰

خلاصه

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی بر سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی در بیماران قلبی انجام شد.

روش کار: پژوهش به شیوه شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون چند گروهی همراه با پیگیری یک ماهه و گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری شامل بیماران قلبی بیمارستان شهید مدنی تبریز بود. با روش نمونه گیری هدفمند و در دسترس، ۳۰ بیمار قلبی که در تابستان ۱۴۰۲ به بیمارستان مراجعه کرده و سابقه بیماری داشتند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. انتخاب بیماران با تأیید متخصص قلب صورت گرفت. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سلامت معنوی دلمن و فری (۲۰۰۴)، ناگویی هیجانی تورنتو (۲۰۰۶) و افکار خودآیند منفی هولون و کندال (۱۹۸۰) بود. گروه آزمایش پس از پیش آزمون طی ۸ جلسه گروهی تحت مداخله معنادرمانی فرانکل براساس پروتکل مشخص قرار گرفت و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. پس از جلسات، پس آزمون و یک ماه بعد مرحله پیگیری با اجرای مجدد پرسشنامه ها انجام شد. **نتایج:** نتایج نشان داد معنادرمانی موجب افزایش سلامت معنوی و کاهش ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی بیماران قلبی شد. همچنین تفاوت معنی داری میان گروه های آزمایش و کنترل مشاهده گردید.

نتیجه گیری: معنادرمانی با ارتقای سلامت معنوی و کاهش مشکلات هیجانی و شناختی، می تواند مداخله ای مؤثر برای بیماران قلبی محسوب شود. بیماران قلبی به دلیل افکار منفی و دشواری در ابراز احساسات با تشدید بیماری مواجه می شوند. آموزش معنادرمانی می تواند وضعیت روانی آنان را بهبود بخشد، افکار منفی را کاهش دهد و کیفیت زندگی بیماران قلبی را ارتقا دهد.

کلمات کلیدی: افکار خودآیند منفی، بیماران قلبی، سلامت معنوی، معنادرمانی، ناگویی هیجانی

آیدا آذین فام^۱

علی خادمی^{۲*}

جعفر شهامفر^۳

علی شاکر دولق^۴

^۱ گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

^{۲*} گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ دانشکده پزشکی، واحد تبریز، دانشگاه علوم پزشکی، تبریز، ایران.

^۴ گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

نویسنده مسئول: علی خادمی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

Email: Ali.khademi@iau.ac.ir

مقدمه

قلب و عملکرد بهینه آن برای بقای فرد اهمیت زیادی دارد. در سال‌های اخیر، مشکلات قلبی عروقی به یکی از علل عمده مرگ و میر تبدیل شده‌اند. طبق آمارهای ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۷، ۱۸٫۶ میلیون نفر به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی جان خود را از دست داده‌اند. بیماری‌های قلبی و مشکلات مرتبط با سیستم گردش خون به طور معمول تحت عنوان بیماری قلبی عروقی (cvd) شناخته می‌شوند. بیماری قلبی یک اختلال پزشکی است که به صورت طبیعی به وجود نمی‌آید و تأثیرات منفی بر توانایی و عملکرد بدن دارد. این بیماری ممکن است بر روی خود عضله‌ها، دریچه‌ها و ارگان قلب تأثیر بگذارد.^۱ از جمله دلایل عمده مرگ و میر در سطح جهانی، نارسایی قلبی به عنوان یکی از عوارض نهایی بیماری‌های قلبی عروقی اولیه شناخته می‌شود.^۲ عوامل مختلف از جمله شرایط محیطی، وضعیت روانی و عوامل ژنتیکی به طور همزمان بر شکل‌گیری این بیماری‌ها تأثیر می‌گذارند.^۳ در بسیاری از نواحی دنیا، نرخ شیوع بیماری‌های قلبی در زنان و مردان تقریباً برابر است که اهمیت رسیدگی به این موضوع را بیشتر می‌کند. اگرچه برخی از جنبه‌های بیماری قلبی تحت تأثیر ژنتیک قرار دارند، اما عوامل محیطی و تغذیه‌ای نیز نقش مهمی در بروز آن دارند. سن، جنسیت، سابقه خانوادگی، استعمال سیگار، ابتلا به وضعیت‌های نظیر فشار خون بالا، کلسترول بالا، دیابت، چاقی، عدم تحرک، استرس و بهداشت ضعیف، می‌توانند خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی را افزایش دهند.^۴ مشکل نارسایی قلبی به عنوان یک چالش مهم در عرصه سلامت جهانی شناخته می‌شود که با شیوع گسترده‌اش و اثرات منفی متعدد، تأثیرات قابل توجه‌ای بر روی بیماران، خانواده‌ها و سیستم‌های بهداشتی دارد. این بیماری نه تنها بر نرخ بستری شدن و مرگ و میر تأثیر می‌گذارد، بلکه بار اقتصادی و

اجتماعی سنگینی را نیز ایجاد می‌کند. روند رو به افزایش افراد سالخورده‌ای که با این مشکل مواجه هستند نیز حائز اهمیت است.^۵ بیماری‌های قلبی از جمله بیماری‌هایی هستند که به شدت تحت تأثیر وضعیت روانی قرار دارند و عوامل روانی-اجتماعی می‌توانند به شکل مستقیم یا غیرمستقیم، از طریق عوامل فیزیولوژیکی، بر روی ابتلای فرد به این بیماری اثرگذار باشند.^۶ افرادی که دارای بیماری قلبی مزمن هستند، در مواجهه با چالش‌های پر استرس در زندگی، به طور معمول نسبت به افراد سالم اضطراب و آشفتگی بیشتری را تجربه می‌کنند. واکنش‌های مقابله‌ای این بیماران بیشتر به شکل مهار و انکار احساسات بروز می‌یابد و آن‌ها در روابط بین فردی دچار چالش‌هایی هستند. نکته‌ای که باید به آن توجه کرد این است که فشار روانی می‌تواند به طور قابل توجهی باعث تشدید مشکلات جسمی و روانی این بیماران شود.^۷ بهترین روش برای مدیریت بیماری‌های قلبی، خودمراقبتی است، بنابراین اهمیت رفتارهای خودمراقبتی و ارتقای سلامت باید به عنوان راهبرد اصلی برای حفظ سلامت بیماران قلبی در نظر گرفته شود.^۸

با توجه به اینکه بیماری‌های قلبی عروقی در دسته بیماری‌های روان تنی قرار می‌گیرند، در بررسی علل آن‌ها لازم است به مجموعه‌ای از عوامل زیستی و روانی توجه شود. عوامل روانی می‌توانند تأثیرات جسمانی قابل توجهی بر قلب و سیستم گردش خون داشته باشند و در صورتی که این علائم به مدت طولانی ادامه یابند، احتمال بروز مشکلات جسمانی بالاتر می‌رود.^۹ در تحقیقاتی که بر روی عوامل روانشناختی تأثیرگذار در احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی انجام شده است، افکار منفی و رویکردهای بدبینانه به عنوان عوامل مؤثر در بروز این بیماری‌ها شناسایی شده‌اند.^{۱۰} افکار منفی خودآیند می‌توانند شامل نگرش‌های منفی نسبت به خود، احساس تهدید از سوی دیگران یا ارزیابی نادرست از آینده باشند. این نوع افکار معمولاً به‌طور

ناخودآگاه و عدم کنترل ظاهر می‌شوند و از نظارت آگاهانه فرار می‌کنند. در بسیاری از موارد، این افکار به دلیل پردازش احساسات پس از یک رویداد استرس‌زا شکل می‌گیرند.^{۱۱} افکار خودآیند منفی مستقل از محرک هستند و به صورت خودجوش ایجاد می‌شوند و می‌توانند ۶۰ درصد از ساعات بیداری فرد را اشغال کنند.^{۱۲}

تنظیم هیجان به تمامی روش‌های آگاهانه و ناآگاهانه‌ای اطلاق می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش جنبه‌های مختلف پاسخ‌های هیجانی از جمله جنبه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری به کار می‌روند. این مفهوم به قابلیت درک، تعدیل و ابراز هیجانات اشاره دارد.^{۱۳} فرایند تنظیم هیجان شامل دو بخش داخلی و خارجی است که از طریق آن مدیریت هیجانات به منظور دستیابی به اهداف انجام می‌گیرد. راهکارهای تنظیم هیجان را می‌توان به دو دسته ارزیابی مجدد و سرکوب تقسیم کرد. افرادی که در تنظیم هیجان نقص‌های جدی دارند، به ویژه در توجه و شناسایی محرک‌ها، بیشتر از دیگران در معرض استرس در شرایط مختلف قرار می‌گیرند. این افراد معمولاً از روش‌های ناسازگار مانند سرزنش دیگران و بزرگ‌نمایی مشکلات استفاده می‌کنند و کمتر به سراغ راهکارهای مثبت تنظیم هیجان نظیر تمرکز بر جنبه‌های مثبت و برنامه‌ریزی مجدد می‌روند.^{۱۴} ناگویی هیجانی به معنای ناتوانی در بیان احساسات است.^{۱۵} ناگویی هیجانی نوعی دشواری در شناسایی و توصیف احساسات و عدم تمرکز بر احساسات است و یک عامل خطر فراتشخیصی برای ایجاد طیف وسیعی از آسیب‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی است.^{۱۶}

درگیری با ناگویی هیجانی می‌تواند موانع خاصی را در درک و مدیریت احساسات ایجاد کند و در نتیجه بر کیفیت سلامت این افراد تأثیرات منفی به‌جای بگذارد.^{۱۷} مطالعات انجام شده در دو دهه اخیر نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی می‌تواند به عنوان

یک فاکتور خطر برای بروز بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی در نظر گرفته شود.^{۱۸} یکی از عوامل روان‌شناختی موثر بر شیوع و تشدید بیماری‌های قلبی عروقی، ناگویی هیجانی است.^{۱۹} تصور می‌شود که این ناگویی هیجانی به عنوان عاملی خطرناک برای بسیاری از اختلالات روانی شناخته شود، زیرا این افراد تحت فشار جسمانی قابل توجهی هستند که قادر به بیان آن نیستند. این ناتوانی در بیان احساسات، تنظیم هیجانات را دشوار می‌سازد و ممکن است به رفتارهای غیرکلامی مانند تخریب، مصرف الکل و مواد مخدر منجر شود که همگی به عنوان عواملی خطرناک برای بیماری‌های قلبی شناخته می‌شوند.^{۲۰}

صرف نظر از عدم وجود بیماری جسمی، نمی‌توان فردی را سالم تلقی کرد، بلکه یک فرد سالم کسی است که همچنین دارای سلامت روان و رفاه اجتماعی است.^{۲۱} بر اساس نظرات موبرگ و بروسک، سلامت معنوی شامل بعدی است که به ارتباط با خدا و بعد دیگری که به هدفمندی زندگی مربوط می‌شود، معطوف است.^{۲۲} معنویت یک نوع هوش به شمار می‌آید، زیرا به فرد کمک می‌کند تا مشکلات خود را حل کرده و با محیط و رخدادهای زندگی به‌خوبی سازگار شود.^{۲۳} در مواقعی که سلامت معنوی تحت تأثیر قرار گیرد، فرد ممکن است تجربه‌هایی از جمله احساس تنهایی، افسردگی و کمبود معنا را در زندگی حس کند. از این رو ارتباط با نیرویی بالاتر می‌تواند مفید باشد و به بهبود کیفیت زندگی، مدیریت اختلالات روانی و همچنین تسهیل در روند بهبودی بیماری‌های جسمی کمک نماید و تأثیرات منفی ناشی از بیماری را کاهش دهد.^{۲۴} در حال حاضر، علم پزشکی بر اهمیت ارتباط معنویت و سلامت تأکید دارد و تحقیقات نشان داده‌اند که رابطه مثبتی بین معنویت و کاهش عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی وجود دارد. سلامت معنوی می‌تواند به بیمارانی که با بیماری‌های خود دست و پنجه نرم می‌کنند، کمک کند و نادیده گرفتن نیازهای معنوی

می‌تواند طول دوره مراقبت را افزایش دهد^{۲۵}. بستری شدن در بیمارستان ممکن است تنهایی و بحران معنوی را در بیماران ایجاد کند. امروزه، بسیاری از پزشکان به معنویت و ایمان به عنوان منابع مهمی برای سلامت جسم و روان اعتقاد دارند و بر لزوم توجه به جنبه‌های معنوی در فرآیند درمان تأکید می‌کنند. سلامت معنوی همچنین به سازگاری بیماران با بیماری‌های خود، کاهش تنش‌های روانی و ارتقای سلامت روانی اجتماعی آن‌ها کمک می‌کند. به عبارت دیگر، افرادی که از معنویت بالاتری برخوردارند، احساس نزدیکی بیشتری به دیگران دارند و شرایط را بهتر می‌پذیرند^{۲۶}.

ریشه لغوی "لوگوترابی" به واژه "لوگوس" برمی‌گردد که به معنای اراده الهی یا معنا است. "لوگوس" واژه‌ای یونانی است که مفهوم اصلی آن "معنی" می‌باشد. به گفته فرانکل، معنادرمانی به معنای درمان از طریق مفهوم معنا یا استفاده از معنا برای شفاف‌بخشی است و به عنوان یک درمان فعال، به بیماران در مواجهه با شرایط دشوار کمک می‌کند. این رویکرد فرض می‌کند که زندگی دارای معناست و افراد می‌توانند به آن دست یابند. لوگوترابی که گاهی به عنوان مکتب سوم روان‌درمانی وینی شناخته می‌شود، بر جستجوی معنای وجودی و تلاش برای یافتن آن در زندگی تمرکز دارد. بر پایه این دیدگاه، جستجو برای معنا در زندگی به عنوان یک نیروی محرکه اساسی برای هر فرد محسوب می‌شود. معنادرمانی نسبت به روانکاوی، کمتر به رخدادهای گذشته توجه دارد و به جای آن، بیشتر بر آینده تمرکز می‌کند. این رویکرد بر کشف معناهایی که فرد باید در زندگی خود بیابد، تأکید دارد. لوگوترابی به عنوان یک نوع درمان معنامحور، مشکلات مرتبط با واکنش‌های فردی در مواجهه با اختلالات عصبی را تغییر می‌دهد. به همین دلیل، به جای تقویت خودمحوری در بیماران، این رویکرد تلاش می‌کند تا آن را کاهش دهد. در این فرآیند، فرد در فضایی قرار

می‌گیرد که او را به سمت معنا و هدف زندگی‌اش هدایت می‌کند و آگاهی از این معنا می‌تواند به او در مواجهه با چالش‌های عصبی یاری رساند^{۲۷}. فرانکل لوگوترابی را روشی برای تقویت درمان‌های موجود می‌داند که بر "بعد معنایی" یا بعد روحی انسان‌ها تأکید دارد. سه مفهوم اصلی این رویکرد شامل اعتقاد به معنادرمانی زندگی، روش‌های تحقق معنا و آزادی انسان برای پیگیری اهداف معنوی هستند که هسته اصلی لوگوترابی فرانکل را تشکیل می‌دهند^{۲۸}. به باور فرانکل، کسانی که برای زندگی خود معنایی تعیین کرده‌اند، در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات، آرامش بیشتری از خود نشان می‌دهند. نگرش سازگارانه‌ای که دارند به آن‌ها کمک می‌کند تا در برابر ناملایمات خونسرد بمانند و تاب‌آوری بیشتری از خود نشان دهند. این افراد به طور معمول بدون از دست دادن کنترل خود، سعی می‌کنند مسائل را از زوایای متفاوت تحلیل کرده و به شکل منطقی راه‌حلهایی برای آن‌ها پیدا کنند. آن‌ها در رویارویی با مشکلات قادرند بر رفتار و احساسات خود کنترل داشته باشند و به جای تسلیم شدن، با اراده و مسئولیت‌پذیری سعی در غلبه بر شرایط دارند. معنادرمانی به افراد کمک می‌کند تا در جستجوی معنا، حتی در شرایط ناامیدکننده، متمرکز بمانند و به جای تمرکز بر فقدان‌ها، بر ارزش‌ها و فرصت‌های زندگی توجه کنند. این رویکرد بر توانمندی‌های شخصی تأکید دارد و هدف آن این است که فرد بتواند چالش‌های زندگی را به نقاط قوت تبدیل کند. معنادرمانی به بیماران کمک می‌کند تا به قابلیت‌های خود برای رشد آگاه شوند و آگاهی‌شان را به اهدافی فراتر از تجارب شخصی گسترش دهند به اعتقاد فرانکل، معنادرمانی می‌تواند به افراد در مواجهه با مسائل دشوار، مانند مرگ، شجاعت ببخشد و حتی در زمان سختی و رنج، معنایی برای زندگی پیدا کنند^{۲۹}.

با توجه به اینکه افکار خودآیند منفی، ناگویی هیجانی و نبود سلامت معنوی با ایجاد احساسات منفی، سرکوب احساسات و بروز این احساسات به شکل تعارضات جسمی در افراد، در ایجاد بیماری‌های مختلف از جمله بیماری قلبی نقش پررنگی را ایفا می‌کنند، بنابراین پژوهش حاضر تلاش می‌کند به این سوال پاسخ دهد که آیا معنادرمانی بر سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی افراد مبتلا به بیماری قلبی تاثیر دارد؟

روش کار

در پژوهش حاضر از روش آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون چند گروهی به همراه آزمون پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به بیماری قلبی مراجعه کننده در تابستان سال ۱۴۰۲ به بیمارستان شهید مدنی تبریز بودند که پرسشنامه‌های سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی را پر کردند. برای پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه ۳۰ نفر توصیه شده است^{۳۰}. بنابراین ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به آزمون ابتلا به بیماری قلبی، سن ۲۰ تا ۶۰ سال، پر کردن فرم رضایت نامه، عدم ابتلا به بیماری روانشناختی حاد و خاص، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد عروقی و قلبی و داشتن حداقل دیپلم برای پر کردن پرسشنامه و درک مفاهیم بود و شدت بیماری توسط پزشک بررسی شده و در صورت تایید پزشک بیمار وارد پژوهش شد. لازم به ذکر است که بیماران سرپایی انتخاب شدند. ملاک‌های خروج از آزمون غیبت بیش از دو جلسه در درمان و داشتن اختلال روانپزشکی همراه با بیماری قلبی بود. ابزار استفاده شده در پژوهش عارت بود از:

پرسشنامه سلامت معنوی دلمن و فری: این پرسشنامه برای سنجش سلامت معنوی^{۳۱} ساخته شده است و از معروف‌ترین

مقیاس‌های سنجش سلامت معنوی است و شامل ۱۲ سوال است که براساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای طراحی شده است. دامنه نمرات کل براساس آن از ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر سلامت معنوی بالاتر را نشان می‌دهند. دو زیرمقیاس آن شامل «خودکارآمدی» و «طرح زندگی» می‌باشد. در اندازه‌گیری اولیه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، زیرمقیاس خودکارآمدی و طرح زندگی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ بوده است^{۳۲}.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو: پرسشنامه ناگویی هیجانی^{۳۳} یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۸۵ درصد و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۸۲ درصد، دشواری در توصیف احساسات ۷۵ درصد و برای تفکر عینی ۷۲ درصد محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی هم برحسب همبستگی بین زیرمقیاس-های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت^{۳۴}.

پرسشنامه افکار خودآیند هولون و کندال: این پرسشنامه آزمونی است برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودآیند درباره خود که به وسیله کندال و هولون^{۳۵} به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است و دارای ۳۰ سوال است. ثبات درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۹۷

بسیار خوب است. در پژوهش مقتدر^{۳۶} نیز روایی همگرایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. همچنین این پژوهشگر پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده است.

در این پژوهش گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با استفاده از پروتکل آموزشی، مورد آموزش معنادرمانی قرار گرفت. در جدول شماره ۱ خلاصه پروتکل و جلساتی که آزمودنی‌های گروه آزمایش مورد آموزش قرار گرفتند آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل و جلسات آموزش معنادرمانی محمدرضا حق دوست و همکاران^{۳۷}:

جلسه	شرح محتوای جلسه
اول	معرفی شرکت کنندگان و آشنایی با محقق، شرح مختصری از ۸ جلسه، و توضیحات کلی درباره معنادرمانی و هدف از این آموزش
دوم	شروع بحث معنادرمانی و صحبت کردن در مورد مفاهیم مختلف آن شامل آزادی اراده، اراده معطوف به معنا و معنای زندگی، بحث در مورد اینکه افراد چه معانی و چارهایی در زندگی دارند.
سوم	بحث در مورد منابع معنا در زندگی و ارزشهای آفرینندگی و ارزشهای تجربی مثل عشق و رابطه با دیگران و تجربه زیبایی، بحث از اینکه تجارب روزمره چگونه میتوانند حسی از زیبایی را به فرد بدهد تا روزمرگی را تحمل کند و از این طریق تنوع وارد زندگی وی شود، بحث در مورد ارزشهای نگرشی و خوشبینی به زندگی که در اثر تغییر نگرشها و تغییر چارچوب‌ها حاصل میشود، بحث در مورد بی صبری و تبعات آن و اینکه با تغییر نگرشها صبر وارد زندگی میشود.
چهارم	بررسی ضرورت مسئولیت در طی فرایند جستجوی معنا، آموزش اهمیت قبول مسئولیت برای معنا، بحث در مورد زودگذر بودن زندگی که مسئولیت فرد را در مورد زندگی‌اش دو چندان میکند، بحث در مورد احساس گرفتار مشکل شدن و اینکه فرد در مقابل این حس مسئول است، بحث در مورد ناراحتی و خوشحال بودن و لزوم اهمیت این موضوعات در بحث مسئولیت در برابر این دو.
پنجم	بحث از ناامیدی در زندگی، بحث در مورد ناامیدی و خلا وجودی از دیدگاه معنادرمانی، بحث در مورد راههای حل این ناامیدی با داشتن یک معنا و ایجاد نگرش مثبتتر به زندگی، آموزش تکنیک خودفاصله‌گیری و تغییر نگرش
ششم	بررسی معانی عشق از نظر فرانکل، بررسی مفهوم عشق از نظربیمار، بحث راههای افزایش عشق در زندگی و تأثیر آن بر زندگی
هفتم	بررسی خودشکوفایی از نظر فرانکل و مزلو، بررسی تأثیر خودشکوفایی بر افزایش روحیه، بررسی نظر بیمار در مورد خودشکوفایی
هشتم	اختتام جلسات و جمع‌بندی کل، ارزیابی آموزش، بررسی مشکلات و موانع و بررسی تأثیر جلسات بر نگرش به زندگی

نتایج

پیش فرض طبیعی بودن توزیع بود. بررسی طبیعی بودن نمرات متغیر وابسته در این پژوهش تایید شد. دومین پیش فرض بررسی شده، پیش فرض همگنی (برابری) واریانس بود که با استفاده از آزمون لوین ارزیابی شد و طبق نتایج آن برای همه متغیرها پیشفرض همگنی واریانسها برای متغیر وابسته تایید شد. نتایج در جداول زیر ارایه شده است.

داده‌های این پژوهش در دو قسمت آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره) با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض‌های آن بررسی شد و اولین

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی در گروه‌های معنادرمانی و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (نمونه‌ی بیماران قلبی)

متغیر	مراحل	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	گواه
سلامت معنوی	پیش آزمون	۳۲/۸	۳/۰۵	۳۳/۱۳	۳/۷۷	
	پس آزمون	۴۱/۰۶	۴/۱۴	۳۴	۳/۲۲	
	پیگیری	۴۰/۲۶	۳/۹۳	۳۴/۲۶	۳/۱۷	
ناگویی هیجانی	پیش آزمون	۵۲/۳۳	۷/۰۵	۵۵/۴	۵/۵۵	
	پس آزمون	۴۴/۵۳	۸/۰۷	۵۴/۸	۵/۹۵	
	پیگیری	۴۵/۰۶	۸/۳	۵۴/۹۳	۶/۰۸	
افکار خودآیند منفی	پیش آزمون	۹۳	۹/۸۱	۹۰/۷۳	۱۰/۶۱	
	پس آزمون	۸۵/۴	۱۰/۹۴	۹۰/۱۳	۱۰/۹۴	
	پیگیری	۸۶/۱۳	۱۰/۷	۹۱/۲	۹/۱۹	

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی را در گروه‌های معنادرمانی و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و نمونه‌ی بیماران قلبی نشان می‌دهد. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش و ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی کاهش زیادی داشته است، در حالی که در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نشد. همچنین، قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. اولین مفروضه روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر این است که متغیر وابسته باید یک متغیر پیوسته (کمی) یعنی متغیرهای از نوع فاصله‌ای یا نسبی باشد. این مفروضه، با توجه به اینکه متغیرهای مورد پژوهش با استفاده از پرسشنامه و نمره گذاری در سطح مقیاس فاصله‌ای انجام گرفته‌اند، رعایت شده است. یکی مفروضه‌ی دیگر، نرمال بودن توزیع متغیرها

است. هنگامی که داده‌ها توزیع نرمال ندارند، مقدار خی دو افزایش یافته و خطای استاندارد کمتر از برآورد واقعی می‌شوند که این امر منجر به معنی‌دار شدن شاخص‌های برآورد شده می‌شود، درحالی که واقعاً معنی‌دار نیستند. جهت بررسی نرمال بودن، از ضریب کجی و ضریب کشیدگی استفاده می‌شود. قدر مطلق ضریب کجی بزرگ‌تر از ۳ تخطی از نرمال بودن داده‌ها را نشان می‌دهد. قدر مطلق ضریب کشیدگی بزرگ‌تر از ۱۰ در تحلیل داده‌ها مسئله‌ساز است و قدر مطلق ضریب کشیدگی بزرگ‌تر از ۲۰ مشکل جدی ایجاد می‌کند. در پژوهش حاضر جهت بررسی نرمال بودن متغیرها از کجی و کشیدگی متغیرها استفاده شد. که نتایج آزمون نرمال بودن متغیرها را نشان می‌دهد. سطح معنی داری آزمون کولموگروف - اسمیرونوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر به دست آمد، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. همچنین، قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون مساوی بودن واریانس‌های لوین استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چهارگانه مانووا برای آزمون فرض کلی روی نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی در گروه‌های آزمایشی و گواه

منبع تغییرات	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
بین گروهی	اثر پیلایی	۰/۴۸۹	۸/۲۹	۳	۲۶	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۵۱۱	۸/۲۹	۳	۲۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۹۵۷	۸/۲۹	۳	۲۶	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۹۵۷	۸/۲۹	۳	۲۶	۰/۰۰۱
درون گروهی	اثر پیلایی	۰/۹۵۶	۸۲/۸۱	۶	۲۳	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۴۴	۸۲/۸۱	۶	۲۳	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲۱/۶	۸۲/۸۱	۶	۲۳	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۲۱/۶	۸۲/۸۱	۶	۲۳	۰/۰۰۱

نتایج نشان دهنده همگنی واریانس‌ها می باشد که با توجه به نتایج جدول فوق ($p > 0/05$) و عدم معناداری آزمون لوین، اجازه استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر وجود دارد. بدین معنی که گروه‌های آزمایشی و گواه قبل از اعمال مداخله از نظر واریانس‌ها همگن بودند. همچنین، واریانس مقادیر متغیر وابسته در بین گروه‌ها باید در هر یک از سطوح متغیر عامل یا گروه‌ها، ثابت و برابر باشد. این فرض در آنالیز واریانس اندازه مکرر به نام فرض کرویت شناخته می‌شود. یکی از تکنیک‌های تشخیص کرویت، استفاده از آماره موجلی است که در این آزمون چنانچه سطح معنی داری کوچک‌تر از

۰/۰۵ باشد نمی‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته را پذیرفت و باید از سه آزمون دیگر شامل گرینهاوس گیسر، هیون-فلت یا حد پایین استفاده نمود که این آزمون‌ها درجه آزادی را تصحیح می نمایند. در پژوهش حاضر، مفروضه کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس در سطح خطای $\text{sig}=0/05$ برای متغیرهای سلامت معنوی، ناگویی هیجانی پذیرفته نمی‌شود، بنابراین برای این متغیر از آزمون گرینهاوس گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری‌های مکرر در دو گروه در سه مرحله در متغیرهای وابسته (سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
سلامت معنوی	مراحل	۳۹۴/۱۵	۱/۲۱	۳۲۵/۳۶	۱۶۴/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	مراحل * گروه	۲۴۰/۰۲	۱/۲۱	۱۹۸/۱۳	۱۰۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	بین گروهی	۴۰۵/۳۴	۱	۴۰۵/۳۴	۱۱/۲۶	۰/۰۰۲	۰/۲۸
ناگویی هیجانی	مراحل	۳۲۷/۰۲	۱/۳	۲۵۱/۵۸	۸۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵

۰/۶۹	۰/۰۰۱	۶۴/۸۴	۱۸۸/۹۴	۱/۳	۲۴۵/۶	مراحل * گروه
۰/۲۶	۰/۰۰۴	۹/۶۱	۱۳۴۵/۶	۱	۱۳۴۵/۶	بین گروهی
۰/۶۳	۰/۰۰۱	۴۸/۲۹	۱۳۹/۳	۲	۲۷۸/۶	مراحل
۰/۶۱	۰/۰۰۱	۴۴/۵۹	۱۲۸/۶۱	۲	۲۵۷/۲۲	مراحل * گروه
۰/۲۵	۰/۰۰۶	۸/۷۹	۱۴۱/۸۷	۱	۱۴۱/۸۷	بین گروهی

افکار خودآیند منفی

می‌دهد که این مراحل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در دو گروه و در سه مرحله در متغیرهای وابسته (سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی) را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۴، مقایسه بین گروهی، آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری (مانووا) در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین، در مقایسه درون گروهی، آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری (مانووا) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان

جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به تفکیک گروه‌ها در متغیرهای وابسته

پژوهش

متغیر	مقایسه مراحل	آزمایش		گواه
		تفاضل میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاضل میانگین‌ها
سلامت معنوی	پس آزمون	۸/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	پیگیری	۷/۴۶	۰/۰۰۱	۱/۱۳
	پیش آزمون	۰/۸۰	۱	۰/۲۶
ناگویی هیجانی	پس آزمون	۷/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	پیگیری	۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	پیش آزمون	۰/۵۳	۱	۰/۱۳
افکار خودآیند منفی	پس آزمون	۷/۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	پیگیری	۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	پیش آزمون	۰/۷۳	۱	۱/۰۶

معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی) بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

برای بررسی اینکه دقیقاً مشخص شود که در گروه‌های آزمایش در متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت وجود دارد یا خیر، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. جدول ۶ نتایج مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش و گواه در سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی در مراحل پس آزمون و پیگیری در قیاس با پیش آزمون با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نشان می‌دهد در هر سه متغیر سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی در گروه آزمایش، در مراحل پس آزمون و پیگیری در قیاس با پیش آزمون، در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار است، در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ($p > 0/05$). همچنین، در هر دو گروه آزمایش و گواه، در مرحله پیگیری در قیاس با پس آزمون، تفاوت‌ها معنادار نیست ($p > 0/05$). جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها در در گروه آزمایش و گروه گواه در سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی را نشان می‌دهد.

جدول ۵ حاکی از این است در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای سلامت معنوی ($F=164/34$ و $P=0/001$) و اندازه اثر $0/85$ ، برای ناگویی هیجان ($F=86/34$ و $P=0/001$) و اندازه اثر $0/75$ و برای افکار خودآیند منفی ($F=48/29$ و $P=0/001$) و اندازه اثر $0/63$ به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. همچنین؛ در تعامل بین گروه * مراحل اندازه‌گیری برای سلامت معنوی ($F=100/07$ و $P=0/001$) و اندازه اثر $0/78$ ، برای ناگویی هیجان ($F=64/84$ و $P=0/001$) و اندازه اثر $0/69$ و برای افکار خودآیند منفی ($F=44/59$ و $P=0/001$) و اندازه اثر $0/61$ به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی) تعامل گروه * مراحل اندازه‌گیری معنی‌دار می‌باشد. همچنین؛ در گروه‌های آزمایش و گروه گواه برای سلامت معنوی ($F=11/26$ و $P=0/002$) و اندازه اثر $0/28$ ، برای ناگویی هیجان ($F=9/61$ و $P=0/004$) و اندازه اثر $0/26$ و برای افکار خودآیند منفی ($F=8/79$ و $P=0/006$) و اندازه اثر $0/25$ به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (سلامت

جدول ۶. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه دو گروه (آزمایش و گواه) به تفکیک مراحل در متغیرهای سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی

متغیر	مقایسه گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		تفاضل میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاضل میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاضل میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
سلامت معنوی	آزمایش	گواه	۰/۳۳	۰/۷۹	۷/۰۶	۰/۰۰۱	۶
ناگویی هیجانی	آزمایش	گواه	۳/۰۶	۰/۲۰	۱۰/۲۶	۰/۰۰۱	۹/۸۶
افکار خودآیند منفی	آزمایش	گواه	۲/۲	۰/۱۷	۴/۷۳	۰/۰۱	۵/۰۶

در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، در هر سه متغیر؛ در مرحله پیش آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش در قیاس با گروه گواه در سطح $p > 0.05$ معنی‌دار نیست ($p > 0.05$). اما، در مرحله پس آزمون و پیگیری، تفاوت بین گروه آزمایش در قیاس با گروه گواه، در سطح $p < 0.05$ معنی‌دار است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنادرمانی بر سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی در بیماران قلبی بود. نتایج پژوهش نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش که آموزش معنادرمانی را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه که این آموزش را دریافت نکرده بودند از سلامت معنوی بیشتری برخوردار شدند. که می‌توان با نتایج پژوهش‌های سان و همکاران^{۳۸}، اسکی گولک و کاو^{۳۹}، مارتینز کالدرون و همکاران^{۴۰}، بولوت و همکاران^{۴۱} همسو دانست. در تبیین این یافته می‌توان به جنبه‌هایی از معنادرمانی اشاره کرد که معنویت را افزایش می‌دهند. در واقع، زمانی که فرد با درد و رنج خود روبه‌رو می‌شود، این تجربیات می‌توانند به گونه‌ای مثبت و سازنده در مسیر سلامت معنوی او نقش‌آفرینی کنند. به عبارتی دیگر پذیرش درد و رنج به عنوان یک بخش طبیعی از زندگی، به فرد این امکان را می‌دهد که به درک و آگاهی عمیق‌تری نسبت به خود و شرایطش دست یابد. در این فرآیند، فرد نه تنها به دنبال رهایی از درد نیست، بلکه تلاش می‌کند از آن به عنوان یک فرصت برای رشد شخصی و معنوی استفاده کند.

این جستجو برای معنا در میان مشکل‌ها و چالش‌های زندگی، می‌تواند به فرد کمک کند تا از محدودیت‌ها فراتر رفته و نگاهی نو به موقعیت‌های دشوار خود داشته باشد. به جای اینکه مشکلات را به عنوان موانعی در مسیر رشد در نظر بگیرد، اکنون آن‌ها را به عنوان نقاط عطفی در سفر زندگی‌اش می‌بیند که

می‌تواند او را به سطوح بالاتری از آگاهی و درک برساند. بنابراین، می‌توان گفت که این فرآیند آگاهانه پذیرش درد، در واقع به یک نوع سلامت معنوی مبتنی بر آگاهی و شعور منجر می‌شود. این نوع سلامت مسلماً به فرد کمک می‌کند تا در مواجهه با سختی‌ها، امید و انگیزه خود را حفظ کند و از آن‌ها به عنوان درس‌هایی ارزشمند در زندگی‌اش بهره‌برداری کند. به این ترتیب، وجود مشکلات نه تنها او را محدود نمی‌کند، بلکه موجب می‌شود تا تجربه‌های عمیق‌تری از زندگی کسب کند و به درکی عمیق‌تر از خود و جهان پیرامونش برسد.

با توجه به یافته‌های پژوهش معنادرمانی بر ناگویی هیجانی بیماران قلبی تاثیر دارد، و باعث بهبود ناگویی هیجانی و خلقی در بیماران قلبی می‌شود. این نتیجه با پژوهش‌های فرسکو و همکاران (به نقل از محمودی و دینوی زاده^{۴۲}) و بریت بارت و همکاران^{۴۳} و دینوی زاده^{۴۴} همسوست. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که ناگویی هیجانی که به معنای ناتوانی در مدیریت احساسات است، می‌تواند موجب اختلال در سازمان‌دهی شناخت‌ها و هیجان‌های فرد شود و به تبع آن، احتمال اتخاذ راهکارهای ناکارآمد و در دسترس در مواجهه با شرایط استرس‌زا افزایش یابد که می‌تواند منجر به بروز بیماری‌های قلبی شود. وضعیت و پیامدهای بیماری و روش‌های درمانی و جراحی بیماران قلبی به طور معمول منابعی از نگرانی هیجانی برای این بیماران به شمار می‌روند. وجود بیماری منجر به ایجاد تغییرات متعددی در فرآیند تنظیم هیجان می‌شود. معنادرمانی با تأکید بر افزایش امید و معنا در زندگی، به افراد کمک می‌کند تا بتوانند ارتباط موثرتری با جامعه و دیگران برقرار کنند. این رویکرد نه تنها موجب تقویت احساسات مثبت در فرد می‌شود، بلکه به او امکان می‌دهد تا کنترل بیشتری بر زندگی‌اش داشته باشد. زمانی که افراد موفق به پیدا کردن معنا در زندگی خود می‌شوند، حس توانمندی و قدرت در خود را افزایش داده و در

نتیجه احساسات منفی نیز کاهش می‌یابد. به علاوه، این فرآیند به آن‌ها کمک می‌کند تا هیجانات منفی ناشی از بیماری‌ها و عوارض آن را بهتر مدیریت و کنترل کنند، که نهایتاً موجب کاهش ناگویی هیجانی در آن‌ها می‌گردد. معنادرمانی گروهی می‌تواند به تقویت تاب‌آوری در افرادی که نشانه‌های ناگویی هیجانی دارند، کمک کند و به طور بالقوه بر جنبه‌های شخصیتی آنها تأثیر بگذارد. یکی از ویژگی‌های کلیدی فرد که می‌تواند به تبیین و تفسیر رفتارهای او در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات پیچیده کمک کند، جستجوی معناست. این جستجو می‌تواند به استحکام و تلاش بیشتر فرد منجر شود و او را در مسیر بازسازی خود و پیشرفت در زندگی یاری دهد. پیدا کردن معنا در زندگی باعث می‌شود که فرد حس کنترل بر زندگی‌اش را تجربه کند.

با توجه به یافته‌های پژوهش معنادرمانی بر کاهش افکار خودآیند منفی بیماران قلبی تأثیر دارد. اگرچه تاکنون پژوهش‌های محدودی به صورت مستقیم به بررسی تأثیر معنادرمانی بر افکار خودآیند منفی پرداخته‌اند، اما نتایج این فرضیه را می‌توان با پژوهش‌های فورستینا^{۴۵}، شایگان و همکاران^{۴۶} و پژوهش رحیمی و ماردپور^{۴۷}، امیدمهر و همکاران^{۴۸} همسو دانست. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که معنایی برای زندگی خود می‌یابند توانایی دارند تا به طور منطقی به حل مشکلات خود بپردازند و از درگیری‌های فکری غیرضروری پرهیز کنند.

این دسته از افراد به دلیل داشتن یک انگیزه قوی و پایدار برای تغییر شرایط دشوار، احساس رضایت، خرسندی و شادمانی را تجربه می‌کنند. در نتیجه، این احساسات مثبت موجب کاهش افکار منفی و افزایش اعتماد بنفس آن‌ها می‌شود. در مقابل، افرادی که در زندگی خود با نوعی گم‌گشتگی مواجه هستند و فاقد احساس معنا و هدف مشخصی هستند، در شرایط دشوار بحرانی به سختی مقاومت می‌کنند و به سرعت دچار ناامیدی می‌شوند. این افراد احساس ناکامی وجودی را تجربه می‌کنند و

یا در برابر چالش‌ها تسلیم می‌شوند و در نتیجه نمی‌توانند به درستی با مشکلات کنار بیایند. این واکنش‌ها می‌تواند به روی آوردن به رفتارهای غیرسازنده و ناهنجار منجر شود که خودداری از مواجهه با بحران‌ها را به دنبال دارد. در نهایت، این فرآیند می‌تواند به تشدید احساس افسردگی و ناامیدی در زندگی آن‌ها بیانجامد. بنابراین، داشتن معنا در زندگی به مثابه یک سپر محافظتی عمل می‌کند و به افراد کمک می‌کند تا با چالش‌ها و بحران‌ها بهتر مقابله کنند، در حالی که عدم وجود چنین احساسی می‌تواند عواقب منفی و عمیقی بر روی سلامت روحی و روانی فرد بگذارد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش که برنامه آموزش معنادرمانی را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل که این آموزش را دریافت نکردند، از سلامت معنوی بیشتری برخوردار شدند و میزان ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی در آنها به طور قابل توجهی کاهش یافت. مهمترین ویژگی معنادرمانی افزایش احساس مسئولیت-پذیری در این افراد و کمک برای یافتن معنا در بیماری و رنج-شان بود. چراکه معنادرمانی نوعی رویکرد درمانی فعال و رهنمودی است که به طور خاص در زمان‌های بحرانی زندگی به یاری بیماران می‌پردازد و موجب افزایش احساس رضایت و کاهش افکار منفی ایجاد شده در اثر بیماری می‌شود. همچنین یافتن معنا در زندگی به بیماران کمک می‌کند در مواجهه با چالش‌ها تاب‌آوری بیشتری از خود نشان دهند. لذا از معنادرمانی می‌توان در برنامه‌های توانبخشی قلب در مراکز درمانی استفاده کرد و کارگاه‌های آموزشی با این مضمون برای خانواده این بیماران برگزار کرد تا بتوانند از بیماران خود حمایت کافی داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران می باشد. و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.URMIA.REC.1402.045 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می باشد."

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

References

1. Jebakumar D, Sathesh E, Saranya C, Arunkumar K, Pradeep D. An Intelligent Heart Disease Prediction by Machine Learning Using Optimization Algorithm. *Journal of Information Technology Management*. 2024; 16(1): 167-181.
2. Farzipour S, Talebpour Amiri F, Alvandi M, Shaghaghi Z, & Yazdi A H. Ferroptosis in cardiovascular diseases: Mechanisms and fundamental outcomes in cardiovascular conditions. *Mazandaran University of Medical Sciences Journal*. 2021; 31(200): 199-214.
3. Gola D, Erdmann J, Müller-Myhsok B, Schunkert H & König I R. Polygenic risk scores outperform machine learning methods in predicting coronary artery disease status. *Genetic Epidemiology*. 2020; 13: 29-32.
4. Rustam F, Ishaq A, Munir K, Almutairi M, Aslam N and Ashraf I. Incorporating CNN Features for Optimizing Performance of Ensemble Classifier for Cardiovascular Disease Prediction. *Diagnostics*. 2022; 12(6):14-74.
5. Zou H, Cao X, Geng J & Chair S Y. Effects of mindfulness-based interventions on healthrelated outcomes for patients with heart failure: a systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2020; 19(1): 44-54.
6. Cohen B E, Panguluri P, Na B & Whooley M A. Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Psychiatry research*. 2010; 175(1-2): 133-137.
7. Shafiei Z, Babaee S, Nazari A. The Effectiveness of massage therapy on depression, anxiety and stress of patients after coronary artery bypass graft surgery. *Iranian Journal of Surgery*. 2013; 21(1): 23-33.
8. Sayafi S, Sotodh N & Ebrahimi Varkiyani M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Self-Regulation and SelfCare to Coronary Artery Disease Patients. *Journal of Psychological Studies*. 2020.
9. Chang Z, Guo A Q, Zhou A X, Sun T W, Ma L L, Gardiner F W & Wang L X. Nurse-led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease. *Australian Journal of Rural Health*. 2020; 28(2): 124-131.
10. Yaghoubi H, Baradaran M, Ranjbar Noshari F & Jouki Chegini M. Comparative study of irrational beliefs, social support, and type A personality between coronary heart disease patients and healthy individuals. *Quarterly Journal of New Psychological Research*. 2015; 10(37): 211-224.
11. Bansal A, Gautam V. Experiential Avoidance and Automatic Negative Thoughts between CBSE and ICSE Students: Comparative Analysis. *The International Journal of Indian Psychology*. 2024; 12(2): April- June.

12. Migó M, Cooper A, Kragel A & Treadway T. Spontaneous thought separates into clusters of negative, positive, and flexible thinking. *communications psychology*. 2025.
13. McRae J, Smith C, Emmanuel A & Beeke S. The experiences of individuals with cervical spinal cord injury and their family during post-injury care in non-specialised and specialised units in UK. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20 (783).
14. Abdollahi A, Saadipour E & Nasrollahi B. Prediction of emotion regulation in married women based on theory of mind and cognitive abilities. *Rooyesh Psychology*. 2024; 13(4): 97. July.
15. Preece DA, Mehta A, Petrova K, Sikka P, Pemberton E, Gross JJ. Alexithymia profiles and depression, anxiety, and stress. *J Affect Disord*. 2024; Jul 15(357): 116-125.
16. Brett D, Zarei M, Preece A, Becerra R, Gross J & Mazidi M. How Alexithymia Increases Mental Health Symptoms in Adolescence: Longitudinal Evidence for the Mediating Role of Emotion Regulation. Springer nature link. 2025.
17. Bagheri Sheykhangafshe F, Farahani H, Dehghani M, Fathi-Ashtiani A. Examining Alexithymia and Post-Traumatic Stress Disorder across Different Levels of Chronic Pain in Patients. 2024; 9(2): 1026-1033.
18. Davyod D M. Alexithymia as a health risk and resilience factor. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017; 101: 66-67.
19. Pourmohammad Ghochani K, Mandanizadeh Safi S & Nouri J. Effectiveness of positive psychotherapy on alexithymia and repetitive negative thoughts in cardiovascular patients. *Health Psychology Scientific Journal*. 2023; 12(1): 7-20.
20. Hesse C & Floyd K. Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50: 451-456.
21. Atashin Sadaf, A. Spiritual well-being. *Biannual Cultural and Social Journal, The Taste of Life*. 2021; 6(14): 89-98.
22. Jabbari E, Rostegar A, Abedi Jafari H & Pir Maleki P. Spiritual health strategies for employees based on monotheistic leadership. *Spiritual Health Journal*. 2024; 3(1): 288-297.
23. Jami M, Visani M, Jafari Askari M & Manzari Tavakoli V. The relationship between spiritual intelligence and mental vitality with psychological health among praying students. *J Spritual Health*. 2024; 3 (1) :335-341.
24. Shamsaie M, Ershadi Nik F & Ensafdarān F. The effect of spiritual well-being on depression among medical students. *Spiritual Health Journal*. 2024; 3(1): 309-316.
25. Mokari Menshadi E, Moshtaghi S & Ajami M. The role of prayer in optimizing brain stress system performance. *Spiritual Health Journal*. 2024; 3(1): 279-287.
26. Yousefvand V, Barkhordari Kh, Amiri Bonyad S, Azami H & Maleki Jamasbi M. Assessment of the relationship between spiritual well-being and death anxiety in leukemia patients. *Spiritual Health Journal*. 2024; 3(1): 327-334.
27. Frankl V. *Man's Search for Meaning* (A. Erja, Trans.). Shamsad Publishing, 5th ed. 2022.
28. Batthyany A. What is logotherapy/existential analysis. Logotherapy and existential analysis. *Viktor Frankl Institut*. 2019.
29. Shantall T. Why Does Logotherapy Work? The Transformational Power of Meaning. In *The Life-changing Impact of Viktor Frankl's Logotherapy*. 2020; 173-188: Springer.

30. Delaware A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Virayesh. 2018; 10: 45- 54.
31. Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshki E, Naseri Rad M & Akbari Lakeh M. Conceptual definition and operationalization of spiritual well-being: A methodological study. *Medical Ethics*. 2012; 6(20): 11–44.
32. Daaleman T P & Frey B. The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health-related quality of-life research. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2: 499-503.
33. Carolien R, Paul O, MarkMeerum T. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results, Personality and Individual Differences. 2006; 40: 123–133.
34. Besharat M A & Ganji P. The moderating role of attachment styles in the relationship between alexithymia and marital satisfaction. *Principles of Mental Health Journal*. 2012; 14(4).
35. Hollon S D & Kendall P. Development of an automatic thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 1980; 4: 383-395.
36. Moghtader L. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing rumination, dysfunctional attitudes, and automatic negative thoughts in individuals with generalized anxiety disorder. *Medical Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2016; 27(9): 825–835.
37. Haghdost M R., Seraj Khorrami N & Makvandi B. The effectiveness of logotherapy on death anxiety, pain catastrophizing, pain acceptance, and pain intensity in prostate cancer patients. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2021; 20: August–September.
38. Sun M, Tian X, Peng Y, Wang ZH, Lu Y, Xiao W. Effects of meaning therapy on spirituality, psychological health, and quality of life in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Asia pac J oncol nurs*. 2024 Feb 2; 11(4):100388.
39. Eskigulek, yasemin. Kav, sultan. Effect of logotherapy counseling program on chronic sorrow, dignity, and meaning in life of palliative care patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2024; 32: 587.
40. Martinez-Calderon J, García-Muñoz C, Heredia-Rizo A M & Cano-García F J. Meaning and purpose in life, happiness, and life satisfaction in cancer: Systematic review with meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2023; 32(1): 846–861.
41. Bulut T Y, Çekiç Y & Altay B. The effects of spiritual care intervention on spiritual well-being, loneliness, hope and life satisfaction of intensive care unit patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023; 77(1): 103-438.
42. Mahmoudi M, Deynavizadeh SH. The Effectiveness of the Integrated Approach of Meaning Therapy and Hope Therapy on Tolerance of Ambiguity, Alexithymia, and Psychological Hardiness of Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2024; 7(1): 33-46.
43. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson Ch, Pessin H, Poppito Sh, Nelson Ch, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *National Library of Medicine* .2010 Jan; 19(1): 21-8.
44. Deynavizadeh Sh. Investigating the effectiveness of an integrated approach of logotherapy and hope therapy on tolerance of ambiguity, alexithymia, and psychological hardiness in women with breast cancer in Dezful. Master's thesis, Psychology, Payame Noor University, Faculty of Humanities. 2021.
45. Forstina O. logotherapy and cognitive behavioural therapy in the treatment of depressive disorder among stigmatised people living with hiv/aids in oyo state, nigeria. A Thesis in the Department of Counselling and Human Development Studies, Submitted to the Faculty of Education Inpartial fulfilment of the requirements for the Degree of. UNIVERSITY OF IBADAN. July 2023.
46. Shaygan M, Alsadat Hosseini F, Shemiran M, Hedayati A. The effect of mobile-based logotherapy on depression, suicidal ideation, and hopelessness in patients with major depressive disorder: a mixed-methods study. 2023; 13, Article number: 15828.
47. Rahimi E & Mardpour A. Developing a suicide prevention package based on logotherapy and examining its effect on life expectancy, automatic negative thoughts, and suicidal thoughts among female students of Yasuj University of Medical Sciences in 2020. *Armaghan Danesh*. 2021; 26(4): 147.

48. Omidmehr A, Hekmat H R, Kordestani D & Gholami M T. The effectiveness of mindfulness therapy, logotherapy, and behavioral activation therapy on automatic negative thoughts and attention in depressed female students. *Family and Health Quarterly*. 2020; 10(3): 3-19.

Original Article

the effectiveness of logo therapy on Spirituality Index of Well-Being, Alexithymia, Automatic Negative Thoughts in Cardiovascular Patients

Received: 30/07/2025 - Accepted: 12/10/2025

Ayda azinfam¹
Ali khademi^{2*}
Jafar shahamfar³
Ali shaker dioulagh⁴

*1 Department of Psychology , Ur.C. ,
Islamic Azad University , Urmia ,Iran.*

*2 *Department of Psychology , Ur.C. ,
Islamic Azad University , Urmia ,Iran.
(Corresponding author)*

*3 Faculty of Medicine, Tabriz Branch,
University of Medical Sciences, Tabriz,
Iran.*

*4 Department of Psychology, Ur.C. ,
Islamic Azad University, Urmia ,Iran.*

*Corresponding author: Ali khademi,
Department of Psychology , Ur.C. ,
Islamic Azad University , Urmia ,Iran.*

Email: Ali.khademi@iau.ac.ir

Abstract

Background: This study aimed to examine the effectiveness of logotherapy on spiritual health, alexithymia, and negative automatic thoughts in cardiac patients.

Methods: The research employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest multigroup structure, including a one-month follow-up and a control group. The study population comprised cardiac patients of Shahid Madani Hospital in Tabriz. Using purposive and convenience sampling, 30 patients with a history of heart disease who were admitted in the summer of 2023 were selected and randomly assigned to two groups of 15 (experimental and control). The instruments included the Spiritual Well-Being Questionnaire (Delmon & Fry, 2004), Toronto Alexithymia Scale (2006), and Automatic Thoughts Questionnaire (Hollon & Kendall, 1980). The experimental group, after the pretest, attended eight group sessions of Frankl’s logotherapy based on a structured protocol, while the control group received no intervention. After the sessions, both groups completed the posttest, and one month later, follow-up was carried out by re-administering the questionnaires. Patient selection was confirmed by a cardiologist.

Results: Results showed that logotherapy increased spiritual health and reduced alexithymia and negative automatic thoughts in cardiac patients. Significant differences between the experimental and control groups were observed.

Conclusion: Logotherapy, by enhancing spiritual health and reducing emotional and cognitive difficulties, can serve as an effective therapeutic approach for cardiac patients. Practical Implications: Cardiac patients, due to negative thoughts and difficulty in expressing emotions, often face conditions that worsen their illness. Logotherapy training may improve their psychological well-being, decrease negative thoughts, and overall contribute to enhancing their quality of life.

Keywords: Alexithymia, Automatic Negative Thoughts, Cardiovascular Patients, Logo therapy, Spirituality Index of Well-Being