



## تدوین برنامه و بررسی اثربخشی معنادرمانی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مبتلایان به نقص ایمنی شایع متغیر (CVID)

شقایق کهریزی: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تهران، پردیس بین‌المللی کیش، کیش، ایران (\* نویسنده مسئول) Kahrizi\_1364@yahoo.com

غلامعلی افروز: استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

سعید حسن زاده: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

رویا شرکت: فوق تخصص ایمونولوژی بالینی، مرکز تحقیقات نقص ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

رامین قاسمی: فوق تخصص ایمونولوژی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

تدوین برنامه،

معنادرمانی،

تاب‌آوری،

کیفیت زندگی،

بیماری نقص ایمنی متغیر شایع

**زمینه و هدف:** بیماری نقص ایمنی متغیر شایع CVID یک بیماری نقص ایمنی اولیه است که درمان قطعی ندارد و فقط با تزریق فاکتور خون IVIG کنترل می‌شود. این بیماران به خاطر مشکلات جسمانی متعدد تحت تأثیر استرس‌های شدیدی قرار دارند و به طبع آن کیفیت زندگی و تاب‌آوری روانی در آن‌ها کاهش می‌یابد. هدف بررسی تأثیر معنادرمانی بر میزان تاب‌آوری روانی و کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشد.

**روش کار:** در این پژوهش نیمه آزمایشی نمونه در دسترس شامل ۳۲ نفر از بیماران CVID مراجعه کننده به «مرکز تحقیقات نقص ایمنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان» بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. روان‌درمانی مبتنی بر معنا درمانی به صورت ۱۰ جلسه گروهی تدوین شد و به صورت آنلاین بر روی گروه آزمایش اجرا شد. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران نقص ایمنی متغیر شایع (۲۰۱۶) در مرحله پیش-آزمون و پس-آزمون و پیگیری یک ماهه درمان به کار گرفته شد. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دادند: نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری در مرحله پس-آزمون با افزایش معنادار همراه بود و در مرحله پیگیری درمان نیز از ثبات نسبی برخوردار بود ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** از یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که معنادرمانی در افزایش تاب‌آوری در کیفیت زندگی بیماران CVID اثربخش بوده است. بنابراین؛ می‌توان در کنار مداخلات پزشکی با بهره‌گیری از این نوع درمان، شرایط روانی این بیماران و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشید.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Kahrizi S, Afroz G, Hassanzadeh S, Sherkat R, Gasemi R. Developing a Logo Therapy Based Program for Individual with Common Variable Immunodeficiency(CVID): Efficacy on Quality of Life, and Resilience. Razi J Med Sci. 2021;28(10):12-24.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

## Developing a Logo Therapy Based Program for Individual with Common Variable Immunodeficiency(CVID): Efficacy on Quality of Life, and Resilience

- ⑩ **Shaghayegh Kahrizi:** PhD Candidate of Psychology, University of Tehran, Kish international campus, Kish, Iran (\* Corresponding author) kahrizi\_1364@yahoo.com  
**Gholamali Afrooz:** Professor of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran  
**Saeid Hassanzadeh:** Associate Professor of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran  
**Roya Sherkat:** MD, Clinical Immunologist, Immunodeficiency Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran  
**Ramin Gasemi:** MD, Clinical Immunologist, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** Common Variable Immune Deficiency Disease (CVID) is a group of primary immunodeficiency diseases that is defined as a defect in the functioning of the immune system and is characterized by low levels of immunoglobulin in the blood and an increased incidence of infections. It is a chronic disorder that has no definitive cure and can only be controlled with a blood factor (IVIG) injection. Because of these conditions, patients are affected by a variety of symptoms that limit them. These patients are affected by severe stress and anxiety. This reduces the quality of life and psychological resilience in them. Because this chronic disease affects a person for a long time, its consequences are uncertain, it has high levels of ambiguity in prognosis, and there is no definitive cure. Although medical science has made significant advances in the development of therapies that affect the physical consequences of the disease, facing the consequences of the disease, mental health and emotional adjustment of these patients are the main challenges for the patient and the medical team (9). The important point is that; When suffering from chronic diseases, the psychological factors associated with adaptation in individuals are greatly reduced. Therefore; Positive factors such as resilience, acceptance, life expectancy decrease and also negative factors such as; depression, anxiety and stress increase (10, 11). For this purpose, Logo Therapy was selected as a psychological intervention method and was performed in ten group sessions. The aim of this study was to investigate the effect of group Logo Therapy on increasing resilience and quality of life in CVID patients.

**Methods:** In this study, psychotherapy based on Logo Therapy was developed in 10 group sessions. This online psychotherapy was performed on the experimental group to increase resilience and quality of life of CVID patients and the control group did not receive any intervention and were in contact with the researcher to the extent of informing about the CVID. The statistical population included 32 patients referred to the "Immunodeficiency Research Center of Isfahan University of Medical Sciences" who were randomly divided into experimental and control groups. Logo Therapy helps these patients find meaning and purpose in their suffering and is trained through Logo Therapy techniques to maintain their spirits in the face of difficult and unchangeable conditions and lead a better life. Have. The research protocol is based on the concepts introduced by Victor Frankl and the interpretation of previous protocols. Schulenberg and Hutzler intervention plan was also considered as a research premise (32). In the process of this Logo Therapy, group exercises and homework were developed and presented in order to achieve the following goals:

\* Helping people to clarify values that have a special meaning to them.

### Keywords

program development,  
Logo therapy,  
Resilience,  
Quality of life,  
Common variable  
immunodeficiency  
disease (CVID)

Received: 02/08/2021

Published: 02/01/2022

- \* Set reasonable goals for individuals.
- \* Ensuring that people's goals achieve their meaningful personal values.
- \* Practical planning to achieve people's goals and teaching the concept of time in goals.
- \* Identify the strengths and weaknesses of people that affect the achievement of their goals.
- \* Consider the strengths and weaknesses in planning to achieve goals that are in line with people's values.
- \* Teaching Logo Therapy techniques to reduce stress and psychological pressure.

The Connor & Davison Resilience Questionnaire (CD\_RSC) and the Common Variable Immune Deficiency Quality of Life Questionnaire (CVID\_QoL) were used in the pre-test, post-test and one-month follow-up stages of intervention.

**Results:** The data of this study were analyzed by repeated measures analysis of variance using SPSS23 software. The findings showed; Research stages include; Post-test and follow-up in resilience are not generally different from each other, but in the minimum stages of research i.e. post-test and follow-up or the effect of time on resilience in the two groups, the data are different. The difference between the groups in the stages of research on resilience is equal to 27.1%. Logo Therapy in the post-test phase increased the mean resilience scores in the experimental group and the effect of intervention continued in the follow-up phase. According to the results, it can be concluded that the first hypothesis of the research has been confirmed. In other words, Logo Therapy has been effective in increasing resilience in people with CVID. Post-test and follow-up results on quality of life are generally not different from each other, but at least the process of research stages, i.e. post-test and follow-up or the effect of time on quality of life are different in the two groups. The difference between the groups in the stages of research on quality of life is 12.9%, which shows that Logo Therapy in the post-test phase has increased the average scores of quality of life in the experimental group and the effect of intervention in the follow-up phase has continued. According to the mentioned results, the scores of quality of life and resilience in the post-test stage were associated with a significant increase and in the follow-up stage of intervention was relatively stable. ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** From the findings of this study, it is concluded that Logo Therapy has been effective in increasing resilience and the quality of life of CVID patients.

The concepts of Logo Therapy taught to these patients have improved their psychological state. Logotherapy has helped these patients become more resilient in the face of illness by teaching concepts such as finding meaning in suffering and accepting it as part of life. Also, the meaning of life has helped these people to accept the existing problems and experience less stress. This acceptance has increased their quality of life. According to the findings of this study, it is suggested that in addition to medical interventions, Logo Therapy should be used as a psychological intervention to improve the quality of life and resilience of these patients. The goal and mission of medicine and psychology is to increase the quality of life of patients. Coherence of these interventions will have significant effects on improving the condition of CVID patients.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Kahrizi S, Afroz G, Hassanzadeh S, Sherkat R, Gasemi R. Developing a Logo Therapy Based Program for Individual with Common Variable Immunodeficiency(CVID): Efficacy on Quality of Life, and Resilience. Razi J Med Sci. 2021;28(10):12-24.

\*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

## مقدمه

بیماری‌های نقص ایمنی متغیر شایع (CVID) از بیماری‌های نقص اولیه دستگاه ایمنی است که بعد از کمبود انتخابی فاکتور ایمونوگلوبولین A شایع‌ترین بیماری نقص ایمنی اولیه است (۱ و ۲). طبق آمار بانک اطلاعاتی نقص ایمنی، این بیماری شایع‌ترین بیماری گروه نقایص ایمنی هومورال است که ۴۵ درصد از موارد نقص ایمنی اولیه در ایران تشکیل می‌دهند (۳ و ۴).

این اختلال سیستم ایمنی که با مقادیر کم ایمونوگلوبولین خون و افزایش ابتلا به عفونت‌ها مشخص می‌شود؛ در اغلب موارد عوامل ژنتیکی وجود این نقص مشخص نیست و در واقع یک بیماری واحد با ژن شناخته شده نیست، بلکه شامل یک گروه از بیماری‌هاست که ویژگی مشترک آن‌ها شایع بودن و متفاوت بودن علائم بالینی بیماری در بین بیماران مختلف است. در برخی بیماران کاهش دو نوع ایمونوگلوبولین A، G دیده می‌شود و در برخی همه انواع ایمونوگلوبولین A، G، M کاهش یافته است. عفونت‌های مکرر و غیرمعمول ممکن است در دوران کودکی، نوجوانی یا بزرگسالی رخ دهند. هرچند که در ۲۰ درصد موارد بیماری زودتر از ۱۶ سالگی آشکار می‌گردد. اما تعداد زیادی تا دهه سوم یا چهارم زندگی تشخیص داده نمی‌شوند (۵).

دلایل نقص ایمنی متغیر شایع مشخص نیست. پژوهش‌های اخیر اختلال ژنتیکی در تعدادی از بیماران را نشان داده است. در چند دهه گذشته مطالعات بر روی سلول‌های سیستم ایمنی این بیماران، طیفی از اختلالات را در لنفوسیت‌ها آشکار کرده است. بیماری CVID به دلیل مزمن بودن و دیر تشخیص بودن، بیماران را از لحاظ جسمانی و روانی تحت تاثیر قرار می‌دهد (۶).

نشانه‌های بارز اغلب این بیماری؛ عفونت‌های مزمن همراه با درگیری گوش‌ها، سینوس‌ها، بینی، مجاری تنفسی و ریه‌ها است. بیشتر بیماران با عفونت‌های مکرر باکتریایی شناخته می‌شوند. در ۲۰ درصد موارد آشکار شدن نقص ایمنی با کمبود پلاکت یا کم خونی شدید همراه است که به علت تولید ایمونوگلوبولین در بدن خود بیمار است که علیه پلاکت‌ها و گلبول‌های قرمز خودی عمل می‌کنند. اتوایمونوگلوبولین‌ها ممکن است

باعث آرتريت (التهاب مفاصل) یا اختلالات هورمونی همچون؛ بیماری‌های تیروئیدی و... شوند. بعضی بیماران از مشکلات گوارشی از قبیل؛ درد شکم، نفخ، تهوع، استفراغ، اسهال و کاهش وزن شکایت دارند. این امکان وجود دارد که در بیماران مبتلا به نقص ایمنی متغیر شایع، ریسک ابتلا به سرطان، به ویژه سرطان سیستم لنفاوی، پوست و گوارش افزایش یابد (۷).

بیماری نقص ایمنی متغیر شایع، به عنوان یک بیماری مزمن شناخته می‌شود که فقط با تزریق فاکتورهای خونی کنترل می‌شود و درمان قطعی ندارد. مزمن بودن این بیماری مانند بقیه بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان، ام. اس، آسم، دیابت و... سبب افت روانی در فرد می‌شود و زمینه بروز مشکلاتی است که از لحاظ روانی این افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از جمله؛ نگرانی در مورد روند بیماری، کاهش امید به زندگی، مشکل در پذیرفتن شرایط بیماری و به دنبال آن احساس افسردگی و اضطراب، ناامیدی در مورد آینده و اهداف، کاهش معناداری زندگی، کاهش کیفیت زندگی در آنانپدیدار می‌شود که به دلیل محدودیت‌هایی است که بیماری ایجاد کرده است. از جمله محدودیت‌ها: عفونت‌های مکرر و مقاوم به درمان، مشکلات مفاصل، نگرانی‌های مفرط در مورد تهیه و تزریق فاکتورهای خونی مورد نیاز و... مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۲۰ درصد بیماران قبل از ۲۵ سالگی فوت کرده‌اند و حدود ۸۰ درصد می‌توانند، تا ۶۰ سالگی زندگی کنند. این مسئله باعث کاهش امید به زندگی و به دنبال آن کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود (۸). با آنکه علم پزشکی پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه توسعه درمان‌های مؤثر بر پیامدهای جسمی این بیماری داشته است، اما روبرو شدن با پیامدهای بیماری، سلامت روانی و سازگاری هیجانی این بیماران از چالش‌های اصلی پیش‌روی فرد مبتلا و تیم پزشکی او به شمار می‌رود (۹). نکته مهم آن است که؛ در هنگام ابتلا به بیماری‌های مزمن، فاکتورهای روان‌شناختی مرتبط با سازگاری در افراد به شدت کاهش پیدا می‌کند. از این‌رو؛ فاکتورهای مثبت مانند: تاب‌آوری، پذیرش، امید به زندگی کاهش می‌یابد و همچنین شاهد افزایش فاکتورهای منفی از قبیل؛ افسردگی، اضطراب و استرس هستیم (۱۰، ۱۱).

رویاری با آن‌ها را تغییر داد (۱۷). از نظر فرانکل؛ سرنوشت همانند مرگ بخشی از زندگی و بیرون از قلمرو توان و مسئولیت آدمیان است. از نگاه معنادرمانی، مرگ، چهره زندگی را بی معنا نمی‌کند، بلکه گذرا بودن زندگی، آن را پرمعنا می‌سازد و مسئولیت آدمی را به او یادآوری می‌کند. در این رویکرد به انسان‌ها به عنوان سازندگان معنای زندگی خویش نگاه می‌کنند. در مورد کسانی که دچار بیماری مزمن و شرایط بحرانی هستند یا در آستانه مرگ قرار دارند، معنادرمانی می‌تواند یک دیدگاه فلسفی را از رهگذر غلبه بر گذشته و متعالی کردن جنبه‌های گذرای زندگی بی‌آفریند (۱۸). پژوهشگران معتقدند؛ بین تاب‌آوری و معنای زندگی رابطه وجود دارد و افزایش معنادرمانی زندگی، نه فقط به فرد در غلبه با ناسازگاری کمک می‌کند، بلکه باعث بهبود رضایت شخص از زندگی می‌شود (۱۹).

در پژوهش‌های متعدد اثربخشی معنادرمانی بر فاکتورهای مختلف روانی و در سایر بیماری‌های مزمن بررسی شده است. در پژوهشی حسین توپچی و همکاران، تاثیر معنا درمانی بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ایدز شهر خرم آباد بررسی کرده است (۲۰). در مطالعه پناه علی و همکاران، تاثیر معنادرمانی بر افزایش تاب‌آوری در افراد مبتلا به الکسی تایمیا گزارش شده است (۲۱). در مطالعه سیادت و غلامی، اثر بخشی معنادرمانی بر افزایش تاب‌آوری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد گزارش شده است (۲۲). مطالعات در باره افراد مبتلا به COVID نشان می‌دهند که؛ آنان کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد غیر بیمار دارند و میزان فاکتورهای روان‌شناختی از قبیل؛ اضطراب و افسردگی در میان آن‌ها بالاتر است (۲۳). در برخی مطالعات سن بالا و جنسیت زنانه پیش‌بینی‌کننده کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به COVID بوده است (۲۴).

در پژوهش کانگ و همکاران، اثربخشی معنادرمانی بر کاهش رنج و استرس و افزایش کیفیت زندگی گزارش شده است (۲۵). در پژوهش حسینیان و همکاران، اثربخشی معنادرمانی بر افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان گزارش شده است (۲۶). در پژوهش امیری و همکاران، اثربخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش استرس در بیماران مالتیپل اسکلروزیس گزارش

مفهوم تاب‌آوری در روان‌شناسی به معنای توانمندی فرد یا گروه در مقابله با حوادث ناخوشایند، استرس‌ها و بحران‌های زندگی و برخورداری از توانایی روبروشدن با موقعیت‌های سخت زندگی و تاب آوردن و خرد نشدن زیر بار بحران‌ها در زندگی روزانه است (۱۲). تاب‌آوری در شرایط ابتلا به بیماری مزمن چون نقص ایمنی، کاهش می‌یابد و افراد بیمار در رویاری با شرایط و محدودیت‌های ایجاد شده توسط بیماری، ناتوان خواهند شد (۱۳). پژوهش‌های اجرا شده نیز نشان داده‌اند که تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویاری و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند و زمینه‌ساز کاهش سطح افسردگی (۱۴) و افزایش توانایی سازگاری با درد و بالابردن سطوح کیفیت زندگی می‌گردد (۱۵). از آنجایی که متغیر کیفیت زندگی هم در شرایط ابتلا به بیماری مزمن کاهش می‌یابد؛ افراد مبتلا به نقص ایمنی شایع متغیر از لحاظ شرایط بدنی با مواردی چون؛ مشکلات گوارشی، مشکلات تنفسی، مشکلات مفصلی و مشکلات پوستی درگیر هستند. از سوی دیگر در شرایط کنونی دستیابی به فاکتور تزریقی هم از جمله مشکلات استرس‌زایی است که این گروه بیماران به آن دچار می‌شوند. در این بیماری مزمن، نبود اطمینان به ادامه حیات باعث ایجاد افسردگی و تنش‌های روانی عمیقی می‌شوند. به دنبال تجربه زیستن با چنین تنش‌هایی، کاهش چشمگیری در کیفیت زندگی آنان دیده می‌شود. برای تدوین برنامه درمانی، از مفاهیم معنادرمانی استفاده شده است. این روش به صورت گروهی اجرا می‌شود. معنادرمانی خود یک روان‌درمانی معنا محور است که از فلسفه وجودی نشأت می‌گیرد و بر اساس کار حرفه‌ای و تجارب استثنایی زندگی ویکتور فرانکل شکل گرفته است. معنای دقیق معنا درمانی؛ شفا یافتن از طریق یافتن معنا در رنج‌های زندگی است. یعنی وقتی رنج می‌کشیم، اگر برای این رنج معنایی بیابیم، تحمل آن رنج آسان‌تر می‌گردد. معنای رنج‌های هر کس ویژه خود اوست و با روش‌هایی می‌توان به افراد کمک کرد تا معنای رنج خود را بیابند (۱۶).

معنا درمانی فرد را به این آگاهی می‌رساند که؛ اگرچه در برخی شرایط همچون بیماری مزمن، نمی‌توان حوادث قطعی زندگی را تغییر داد، اما می‌توان روش

رضایت نامه آگاهانه گرفته شد. طرح پژوهشی با کد کارآزمایی بالینی ثبت شد. در طی پژوهش ۴ نفر از گروه آزمایش، ریزش وجود داشت و برای حفظ همسانی ۴ نفر از گروه گواه هم حذف شدند و شمار نهایی اعضای هر دو گروه ۱۶ نفر شد. از شرکت کنندگان با پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نقص ایمنی شایع متغیر (CVID\_QoL) و تاب‌آوری کانر و دیویسون (RIS-CD) پیش-آزمون گرفته شد. گروه آزمایش در جلسات گروهی معنادرمانی به صورت گروهی شرکت کردند. این جلسات شامل ده جلسه درمانی به مدت ۹۰ دقیقه بود که این برنامه درمانی مبتنی بر مفاهیم معنادرمانی و نظریه فرانکل طرح ریزی شده بود (۳۵). خلاصه جلسات در جدول شماره یک آمده است. باید به این نکته اشاره شود که به سبب فراگیری پاندمی کووید ۱۹ و محدودیت‌های ایجاد شده و لزوم رعایت پروتکل‌های بهداشتی به ویژه برای بیماران مبتلا به نقص ایمنی شایع متغیر، جلسات درمان با هماهنگی بیماران به صورت آنلاین برگزار شد. بعد از پایان جلسات پس-آزمون گرفته شد و نتایج بعد از یک ماه دوباره اندازه‌گیری شد. سپس داده‌های به دست آمده پژوهش با روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر به وسیله نرم افزار SPSS23 تحلیل شدند.

پروتکل اجرایی پژوهش بر اساس مفاهیم مطرح شده ویکتور فرانکل و برداشت از پروتکل‌های قبل مطرح ریزی شده است. همچنین طرح درمانی شولنبرگ و هوتزل به عنوان پیش فرض پژوهش در نظر گرفته شد (۳۲). در روند این معنا درمانی، تمرینات گروهی و تکالیف منزل به منظور رسیدن به اهداف زیر تدوین و ارائه گردید:

- \* کمک به افراد برای روشن سازی ارزش‌هایی که برایشان معنای ویژه دارد.
- \* تعیین اهداف معقول برای افراد.
- \* حصول اطمینان از اینکه اهداف افراد ارزش‌های معنادار شخصی آن‌ها را محقق می‌سازد.
- \* برنامه‌ریزی عملی برای تحقق اهداف افراد و آموزش مفهوم زمان در اهداف.
- \* شناسایی نقاط قوت و ضعف افراد که در رسیدن به اهدافشان اثر می‌گذارد.

شده است (۲۷). در پژوهش قربانی و همکاران، اثربخشی معنادرمانی گروهی در افزایش کیفیت زندگی و همچنین بهبود علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر گزارش شده است (۲۸). در پژوهش سوتینا و همکاران، اثر بخشی معنادرمانی بر کاهش افسردگی بیماران دیابت نوع دوم آمده است (۲۹). همچنین در پژوهش سوتریزنو و همکاران، اثربخشی معنا درمانی بر کاهش افسردگی و بهبود میزان درد در بیماران مبتلا به سرطان دهانه رحم گزارش شده است (۳۰). در پژوهش امیری فرد و همکاران، اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر افزایش کیفیت زندگی در زنان یائسه گزارش شده است (۳۱).

طبق بررسی مطالعات انجام گرفته در بیماری‌های مزمن، نیاز بسیار زیادی به مداخلات روان‌شناختی مانند معنادرمانی برای تاب‌آوری در این شرایط ناگوار وجود دارد. از آنجایی که این پژوهش‌ها نوپا هستند، ضرورت دارد در سایر بیماری‌های مزمن از قبیل CVID کارایی آن‌ها مورد بررسی و آزمون قرار بگیرد و برنامه‌ای مؤثر و کارا برای انجام این مداخلات روان‌شناختی ارائه شود. به همین منظور معنادرمانی به عنوان روش درمانی انتخاب و در ده جلسه گروهی بر روی بیماران CVID اجرا شد. هدف از این پژوهش؛ بررسی تاثیر معنادرمانی گروهی با هدف بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری در بیماران CVID است.

## روش کار

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری یک ماهه بود. نمونه‌گیری از بیمارانی که به مرکز تحقیقات نقص ایمنی اصفهان مراجعه کرده بودند و پرونده تریق داشتند به روش نمونه در دسترس انجام شد. ملاک ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی CVID، داشتن سن بین ۱۸-۴۵ سال، حداقل ۳ سال از تشخیص بیماری و شروع تریق فاکتور خونی IVIG گذشته باشد، تحصیلات حداقل دیپلم باشد، شامل تشخیص اختلالات سایکوتیک نباشند. ملاک خروج از پژوهش هم غیبت در سه جلسه درمان بود. در روند انجام پژوهش، ۴۰ بیمار انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. از افراد شرکت کننده در پژوهش

## جدول ۱- ساختار جلسات

جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> <li>• معارفه اعضای گروه و بیان هدف از مشارکت.</li> <li>• ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد معنادرمانی (هستی‌شناسی وجودی و چهار مفهوم؛ مرگ، تنهایی، آزادی و بی‌معنایی).</li> <li>• معرفی ویکتور فرانکل و معنادرمانی، اطلاع‌رسانی درباره سیر روند مورد نظر معنادرمانی (روند ۱۰ جلسه‌ای درمان).</li> <li>• آموزش فن آگاهی از ارزش‌ها (بسط آگاهی هوشیارانه، تحریک تخیل خلاق، نمایان‌سازی ارزش‌های شخصی).</li> <li>• اجرای پیش-آزمون.</li> <li>• تکلیف منزل: آغاز نمودن اکتشاف ارزش‌های خلاق.</li> </ul>
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تکالیف منزل.</li> <li>• شفاف‌سازی ارزش‌های خلاق، تمرین مشاغل احراز شده، تمرین مشاغل جایگزین، بررسی دستاوردهای خشنودکننده</li> <li>• توزیع برگه ارزش‌ها و کامل کردن کشف ارزش‌های خلاق</li> <li>• تکلیف منزل: آغاز اکتشاف ارزش‌های تجربی</li> </ul>
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تکالیف منزل</li> <li>• شفاف‌سازی ارزش‌های تجربی</li> <li>• صحبت راجعه برگه یا ارزش‌های فردی، تمرین اشخاص مثبت، تمرین تجارب هنری، بررسی مفهوم استقلال و وابستگی</li> <li>• تکلیف منزل: آغاز کردن اکتشاف ارزش‌های نگرشی</li> </ul>
جلسه چهارم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تکالیف منزل.</li> <li>• شفاف‌سازی ارزش‌های نگرشی</li> <li>• تمرین نقل قول‌های خردمندانه، تمرین اتخاذ یک موضع، تمرین آگاهی فوت من</li> <li>• تکلیف منزل: ساختن سلسله مراتبی از ارزش‌ها.</li> </ul>
جلسه پنجم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تکالیف منزل.</li> <li>• بسط دادن سلسله مراتب ارزش‌ها، تعیین اهداف (بلند مدت، میان مدت، کوتاه مدت).</li> <li>• بررسی اهداف از دیدگاه محدودیت زمان.</li> <li>• تکلیف منزل: تعیین اهداف با زاویه دید جدید.</li> </ul>
جلسه ششم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تکالیف منزل.</li> <li>• تحلیل اهداف به منظور تناسب داشتن با ارزش‌های شخصی.</li> <li>• آگاهی از ارزش‌های نادیده گرفته شده و تعیین هدف مرتبط.</li> <li>• تکلیف منزل: شرکت‌کنندگان اهداف گوناگون خود را به شیوه‌ای که در این جلسه بیان شد، تحلیل می‌کنند.</li> </ul>
جلسه هفتم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تکالیف منزل.</li> <li>• آموزش تکنیک تمرکز زدایی، مثال هزارپا.</li> <li>• تکلیف منزل: یادداشت تجارب مرتبط.</li> </ul>
جلسه هشتم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تکالیف منزل.</li> <li>• تمرین اجرای تکنیک تمرکز زدایی.</li> <li>• آموزش تکنیک قصد تناقضی.</li> <li>• تکلیف منزل: یادداشت موقعیت‌های مشابه و تمرین اجرای تکنیک.</li> </ul>
جلسه نهم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تکالیف منزل.</li> <li>• تمرین تکنیک قصد تناقضی.</li> <li>• تکلیف منزل: اجرای تکنیک قصد تناقضی در تجارب مرتبط.</li> </ul>
جلسه دهم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تکالیف منزل.</li> <li>• خلاصه کردن: خط سیر گروه چگونه بوده است؛ ارائه هر گونه اظهارنظری در مورد گروه.</li> <li>• تمرین: بیان هرگونه تغییری که شرکت‌کنندگان در نتیجه شرکت در جلسات گروهی معنادرمانی در خود می‌بینند. معمولاً شرکت‌کنندگان تعدادی اهداف جدید دارند و یا انگیزه افزایش یافته‌ای برای تکمیل اهداف قبلی در خود احساس می‌کنند.</li> <li>• اجرای پس‌آزمون‌ها.</li> <li>• اعلام اتمام جلسات معنادرمانی و وداع با گروه شرکت‌کنندگان.</li> </ul>

\*در نظر گرفتن نقاط قوت و ضعف در برنامه ریزی  
برای رسیدن به اهدافی که در جهت ارزش‌های افراد باشد.  
\*آموزش تکنیک‌های معنا درمانی به منظور بهبود  
استرس و فشار روانی افراد.  
مقیاس تاب‌آوری کانر - دیویدسون (RIS-CD) به  
دست دو تن از نظریه پردازان مطرح این حیطه، یعنی؛

این ابزار ثبات درونی و روایی بالایی دارد و آلفای کرونباخ  $0/84$  گزارش شده است. پایایی این ابزار هم  $0/90$  گزارش شده که قابل قبول است (۳۵). این پرسشنامه به فارسی ترجمه شد و برای اولین بار در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

### یافته‌ها

بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین نمرات متغیرهای تاب‌آوری، کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس-آزمون و پیگیری نسبت به پیش-آزمون داشته است.

جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. بنابراین لازم است پیش فرض‌های مورد نیاز جهت کاربرد این آزمون شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌های نمرات و تساوی کواریانس‌ها بررسی شود. برای بررسی نرمال بودن نمرات از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی در هر سه مرحله پیش-آزمون، پس-آزمون و پیگیری باقی است. یعنی، توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است. (همه سطوح معناداری بزرگ‌تر از  $0/05$  است). پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیرهای پژوهش شامل؛ تاب‌آوری و کیفیت زندگی در هر سه مرحله پیش-آزمون، پس-آزمون و پیگیری تأیید شده است. (سطح معناداری بیشتر از  $0/05$  است). یکی از پیش فرض‌های لازم در انجام تحلیل‌های چند متغیره، تساوی کواریانس‌های متغیرهای وابسته است که برای آزمون آن از آزمون باکس استفاده شد و فرض یکسانی کواریانس‌ها مربوط به نمرات متغیرهای پژوهش رد شده است. (سطح معناداری کمتر از  $0/05$  است).

در این پژوهش دو فرضیه مورد آزمون و بررسی قرار گرفت. فرضیه اول شامل بررسی تاثیر برنامه مبتنی بر معنادارمانی بر تاب‌آوری افراد مبتلا به COVID و فرضیه دوم بررسی تاثیر این مداخله بر کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد. نتایج بررسی فرضیه اول پژوهش شامل: نتایج آزمون چند متغیره نمرات تاب‌آوری است که در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

کانر و دیویدسون ساخته شده است. این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و به منظور اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، ایجاد شده است. برای هر سؤال، طیف درجه بندی لیکرتی (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس هم ابعاد مختلف تاب‌آوری را اندازه‌گیری می‌کند و هم یک نمره کل دارد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره صد می‌باشد. میانگین نمره ۵۰ است. هر چه نمره فرد بالاتر باشد، به این معناست که تاب‌آوری بیشتری دارد. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را  $0/89$  گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای  $0/87$  بوده است (۳۳).

مقیاس تاب‌آوری در ایران توسط محمدی در سال (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی  $0/89$  را گزارش کرده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل، به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین  $0/41$  تا  $0/64$  را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت یارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر  $0/87$  و مقدار خی دو در آزمون یارتلت برابر  $5556/28$  بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. در پژوهش انجام شده توسط سامانی، جوکار و صحراگرد که در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را  $0/93$  گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (۳۴).

مقیاس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نقص ایمنی متغیر شایع (COVID\_QoL) شامل ۲۲ گویه می‌باشد که در سه گروه عملکرد عاطفی (EF)، عملکرد ارتباطی (RF) و علایم گوارشی و پوستی (GSS) قرار گرفته‌اند.



جدول شماره ۴ ارائه شده است. براساس یافته‌های به دست آمده، میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش (معنادرمانی) و کنترل تفاوت معناداری دارد. ( $p < 0.001$ ). نتایج نشان داده است که ۶۹/۵ درصد در متغیر کیفیت زندگی به تفاوت بین دو گروه مربوط است.

جدول شماره ۴، نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی کیفیت زندگی با استفاده از آزمون‌های اندازه مکرر برای اثر زمان و تعامل مراحل و گروه نشان می‌دهد مراحل پژوهش شامل؛ پس آزمون و پیگیری در کیفیت زندگی به صورت کلی با یکدیگر تفاوت ندارند، ولی حداقل روند مراحل پژوهش یعنی پس-آزمون و پیگیری و یا اثر زمان در پذیرش بیماری در دو گروه با هم تفاوت دارند. میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در کیفیت زندگی برابر با ۱۲/۹ درصد است.

نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه گروه‌ها در مراحل پژوهش در کیفیت زندگی در جدول شماره ۵ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که معنادرمانی در مرحله پس آزمون میانگین نمرات کیفیت زندگی را در گروه آزمایش افزایش داده است و تأثیر درمان‌ها در

جدول شماره ۲ نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی تاب‌آوری را با استفاده از آزمون‌های اندازه مکرر برای اثر زمان و تعامل مراحل و گروه نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که مراحل پژوهش شامل؛ پس-آزمون و پیگیری در تاب‌آوری به صورت کلی با یکدیگر تفاوت ندارند ولی در حداقل مراحل پژوهش یعنی پس-آزمون و پیگیری و یا اثر زمان در تاب‌آوری در دو گروه، داده‌ها با هم تفاوت دارند. میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در تاب‌آوری برابر با ۲۷/۱ درصد است.

نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه گروه‌ها در مراحل پژوهش در تاب‌آوری در جدول شماره ۳ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد، معنادرمانی در مرحله پس-آزمون میانگین نمرات تاب‌آوری را در گروه آزمایش افزایش داده است و تأثیر درمان‌ها در مرحله پیگیری نیز تفاوت داشته است. با توجه به نتایج جدول‌ها می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه اول پژوهش تأیید شده است. به عبارت دیگر معنادرمانی بر افزایش تاب‌آوریدر افراد مبتلا به COVID مؤثر بوده است.

نتایج بررسی فرضیه دوم پژوهش شامل موارد زیر است: نتایج آزمون چند متغیره نمرات کیفیت زندگی در

جدول ۲- نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی تاب‌آوری در مراحل پژوهش و تعامل مراحل و گروه

منبع	آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۴۰/۴۳	۱	۴۰/۴۳	۵/۶۴	۰/۰۲۴	۰/۱۶۳	۰/۶۳۲
	گرین هاوس گیزر	۴۰/۴۳	۱	۴۰/۴۳	۵/۶۴	۰/۰۲۴	۰/۱۶۳	۰/۶۳۲
	هاین فلت	۴۰/۴۳	۱	۴۰/۴۳	۵/۶۴	۰/۰۲۴	۰/۱۶۳	۰/۶۳۲
	حد پایین	۴۰/۴۳	۱	۴۰/۴۳	۵/۶۴	۰/۰۲۴	۰/۱۶۳	۰/۶۳۲
اثر زمان × پیش آزمون	فرض کرویت	۲۰/۰۸۳	۱	۲۰/۰۸۳	۲/۸۰۳	۰/۱۰۵	۰/۰۸۸	۰/۳۶۷
	گرین هاوس گیزر	۲۰/۰۸۳	۱	۲۰/۰۸۳	۲/۸۰۳	۰/۱۰۵	۰/۰۸۸	۰/۳۶۷
	هاین فلت	۲۰/۰۸۳	۱	۲۰/۰۸۳	۲/۸۰۳	۰/۱۰۵	۰/۰۸۸	۰/۳۶۷
	حد پایین	۲۰/۰۸۳	۱	۲۰/۰۸۳	۲/۸۰۳	۰/۱۰۵	۰/۰۸۸	۰/۳۶۷
اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۷۷/۰۸	۱	۷۷/۰۸	۱۰/۷۶	۰/۰۰۳	۰/۲۷۱	۰/۸۸۷
	گرین هاوس گیزر	۷۷/۰۸	۱	۷۷/۰۸	۱۰/۷۶	۰/۰۰۳	۰/۲۷۱	۰/۸۸۷
	هاین فلت	۷۷/۰۸	۱	۷۷/۰۸	۱۰/۷۶	۰/۰۰۳	۰/۲۷۱	۰/۸۸۷
	حد پایین	۷۷/۰۸	۱	۷۷/۰۸	۱۰/۷۶	۰/۰۰۳	۰/۲۷۱	۰/۸۸۷

جدول ۳- نتایج برآورد پارامترها به تفکیک متغیرهای وابسته یا مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری در مراحل پژوهش جهت مقایسه بسته درمانی با گروه کنترل

متغیر	مراحل	B	خطای انحراف استاندارد	t	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
تاب‌آوری	پس آزمون	۱۲/۶۹	۲/۰۱	۶/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۱/۰۰۰
	پیگیری	۹/۳۰۴	۲/۳	۴/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱	۰/۹۷۴

**جدول ۴- نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی کیفیت زندگی در مراحل پژوهش و تعامل مراحل و گروه**

منبع	آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۹/۱۶	۱	۹/۱۶	۰/۹۳۷	۰/۳۴۱	۰/۰۳۱	۰/۱۵۵
	گرین هاوس گیزر	۹/۱۶	۱	۹/۱۶	۰/۹۳۷	۰/۳۴۱	۰/۰۳۱	۰/۱۵۵
	هاین فلت	۹/۱۶	۱	۹/۱۶	۰/۹۳۷	۰/۳۴۱	۰/۰۳۱	۰/۱۵۵
	حد پایین	۹/۱۶	۱	۹/۱۶	۰/۹۳۷	۰/۳۴۱	۰/۰۳۱	۰/۱۵۵
اثر زمان ×	فرض کرویت	۲۵/۱۹	۱	۲۵/۱۹	۲/۵۷	۰/۱۱۹	۰/۰۸۲	۰/۳۴۲
پیش آزمون	گرین هاوس گیزر	۲۵/۱۹	۱	۲۵/۱۹	۲/۵۷	۰/۱۱۹	۰/۰۸۲	۰/۳۴۲
	هاین فلت	۲۵/۱۹	۱	۲۵/۱۹	۲/۵۷	۰/۱۱۹	۰/۰۸۲	۰/۳۴۲
	حد پایین	۲۵/۱۹	۱	۲۵/۱۹	۲/۵۷	۰/۱۱۹	۰/۰۸۲	۰/۳۴۲
اثر زمان ×	فرض کرویت	۴۲/۰۶۴	۱	۴۲/۰۶۴	۴/۲۹	۰/۰۴۷	۰/۱۲۹	۰/۵۱۸
گروه	گرین هاوس گیزر	۴۲/۰۶۴	۱	۴۲/۰۶۴	۴/۲۹	۰/۰۴۷	۰/۱۲۹	۰/۵۱۸
	هاین فلت	۴۲/۰۶۴	۱	۴۲/۰۶۴	۴/۲۹	۰/۰۴۷	۰/۱۲۹	۰/۵۱۸
	حد پایین	۴۲/۰۶۴	۱	۴۲/۰۶۴	۴/۲۹	۰/۰۴۷	۰/۱۲۹	۰/۵۱۸

**جدول ۵- نتایج برآورد پارامترها به تفکیک متغیرهای وابسته یا مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در مراحل پژوهش جهت مقایسه بسته درمانی با گروه کنترل**

متغیر	مراحل	B	خطای انحراف استاندارد	T	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
کیفیت زندگی	پس آزمون	۱۲/۶۸	۱/۵۱	۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰۰
	پیگیری	۱۰/۴۳	۱/۸۳	۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸	۱/۰۰۰

همسو با مطالعه توپچی و همکاران (۲۱) که معنادرمانی باعث افزایش تاب‌آوری در افراد مبتلا به ایدز گزارش شده است، همسو با مطالعه پناهی و همکاران (۲۲) که نشان می‌دهد معنادرمانی باعث افزایش تاب‌آوری در بیماران الکسی تایمیا شده بود. اکبرنژاد و همکاران (۲۳) نیز اثر بخشی معنادرمانی بر تاب‌آوری بیماران مالتیپل اسکلروزیس را گزارش نموده‌اند که همسو با نتایج این مطالعه می‌باشد. مطالعه نادر و همکاران هم نتایج مشابه را در بیماران مبتلا به سرطان پستان گزارش نموده‌اند که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد (۲۴) برای تبیین این موضوع باید اشاره کرد که معنا درمانی با آموزش مفاهیمی مانند پیدا کردن معنا در رنج و پذیرفتن آن به عنوان قسمتی از زندگی به این بیماران کمک کرده که تاب‌آوری بیشتری در مواجهه با بیماری داشته باشند. ترس از مرگ نیز در این بیماران باعث کاهش تاب‌آوری می‌شود. در طی معنا درمانی به بیماران کمک شد که مرگ را به عنوان قسمتی از زندگی بپذیرند و به جای فکر کردن به هدف نهایی به مسیر زندگی و اهدافشان توجه کنند. بیماری CVID با علائم متنوعی زندگی بیماران را به محدودیت دچار

مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. میزان تأثیر معنادرمانی در افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس-آزمون برابر با ۷۴ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۵۲/۸ درصد است. با توجه به نتایج جدول‌ها می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه دوم پژوهش تأیید شده است. به عبارت دیگر؛ معنادرمانی بر افزایش کیفیت زندگی موثر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنادرمانی بر میزان تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران CVID انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان می‌دهند که این درمان باعث افزایش میزان تاب‌آوری در این بیماران در مرحله پس-آزمون شده و این تأثیر در مرحله پیگیری یک ماهه نیز نسبت به پیش-آزمون افزایش نشان می‌دهد که همسوی با پژوهش گلپایگانی و همکاران (۱۹) و مطالعه سیادت و همکاران (۲۰) است که در آن معنادرمانی باعث افزایش تاب‌آوری در افراد مبتلا به سو مصرف مواد مخدر گزارش شده است، همچنین

از افراد دیگر کناره گیری می کنند. حضور این بیماران در گروه درمانی به آنان کمک کرد که دریابند، تنها نیستند و افراد زیادی شبیه آن‌ها وجود دارد. آنان در بطن آموزش مفاهیم در قالب گروه با یکدیگر تعامل و تبادل نظر داشتند و این موضوع موجب بهبود کیفیت زندگی و شرایط روانی در این افراد شد. در طی جلسات درمان‌آنانبا بررسی ارزش‌ها و اهدافشان در زندگی و با همفکری در قالب گروه توانستند فعالیت‌هایی را شروع کنند و این باعث کاهش تمرکز بر بیماری و مشکلات و به تبع آن افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی در این افراد شد.

به طور کلی می توان نتیجه گرفت معنادرمانی باعث افزایش تاب‌آوری روانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماریهای مزمن از جمله COVID می‌شود. مداخلات روانشناختی مسیر دشوار زندگی این بیماران را هموار کرده و با بالا بردن تاب‌آوری به عنوان یه صفت لازم در جهت تحمل مشکلات بسیار کمک کننده است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می شود در کنار مداخلات پزشکی از معنادرمانی به عنوان یک مداخله روان‌شناختی برای بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری این بیماران بهره‌برداری شود. هدف و رسالت پزشکی و روان‌شناسی افزایش کیفیت زندگی در بیماران است. همسو بودن این مداخلات اثرات چشمگیری بر بهبود وضعیت بیماران خواهدداشت و تحمل و استقامت آنان را در جهت پیمودن مسیر دشوار درمان بالا می برد.

ناگفته نماند که «تدوین برنامه و بررسی اثربخشی معنا درمانی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مبتلایان به نقص ایمنی شایع متغیر (COVID)» اولین بار است که بر روی این بیماران انجام می‌شود و این موضوع بیانگر تازگی این پژوهش است.

از محدودیت‌های پژوهش نداشتن پیگیری‌های بیشتر از یک ماه برای بررسی میزان پایداری تغییرات همچنین مقایسه نکردن معنادرمانی با سایر مداخلات روانشناختی می باشد که در ادامه توصیه می‌شود پژوهش‌هایی برای مقایسه نتایج این پژوهش با سایر روش‌های روان‌درمانی انجام داد. همچنین پیگیری‌های طولانی‌تری نیز برای بررسی عمیق‌تر اثربخشی معنا درمانی بر تاب‌آوری توصیه می‌شود. این پژوهش با کد

می‌کند و عدم پذیرش و ناراحتی از اینکه چرا آن‌ها دچار این بیماری شدند، نیز تاب‌آوری را کاهش می‌دهد. با آموزش مفاهیمی مثل پذیرفتن شرایط اجتناب ناپذیر بیماری و اعتقاد داشتن به مفهوم اراده و آزادی در انتخاب به عنوان انسان به این بیماران کمک می‌شود تا ادامه مسیر زندگی را با هدفمندی و معناداری طی کنند. آموزش تکنیک‌های معنادرمانی مانند تمرکز زدایی به این بیماران کمک کرد با تعدیل توجه به بیماری و علایم آن میزان رنج دریافت‌شده را کاهش دهند، همین باعث افزایش تاب‌آوری در آنان شد.

با بررسی نتایج مشخص شد که در مرحله پس-آزمون و پیگیری یک ماهه نسبت به پیش-آزمون افزایش معنادار در کیفیت زندگی این بیماران به وجود آمده است. این یافته‌ها نیز همسوی با مطالعات کانگ و همکاران (۲۵) بود که اثربخشی معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را نشان می دهد، پژوهش قربانی و همکاران (۲۶) هم نتایج همسو با این پژوهش را در کار با بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نشان داد، مطالعه امیرفرد و همکاران (۲۷) که بر روی زنان یائسه انجام شده همسو با این پژوهش بود و افزایش کیفیت زندگی به دنبال معنادرمانی را گزارش کرده است. نتایج این پژوهش همسو با مطالعه مردانی و همکاران (۲۸) که معنادرمانی را در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نشان می دهد.

در تحلیل این نتایج می‌توان به این موضوع اشاره کرد که مفاهیم معنادرمانی که به این بیماران آموزش داده شد، باعث بهبود شرایط روانی در آنان شده است. این بیماران به خاطر علایم بیماری و مشکلاتی که در تهیه فاکتورهای تزریقی دارند، فشار و استرس روانی بالایی را تجربه می‌کنند که با تمرین تکنیک‌های آموزش داده شده، میزان پذیرش آن‌ها در شرایط فشار و استرس بالا رفته است. معنادار شدن زندگی به این افراد کمک کرده که مشکلات موجود را بپذیرند و استرس کمتری را تجربه کنند. همین پذیرش سبب افزایش کیفیت زندگی در آنان شده است. این بیماران به دلیل محدودیت‌هایی که بیماری‌شان ایجاد کرده، در انجام فعالیت‌های اجتماعی احساس ناتوانی دارند و به نوعی

common variable immunodeficiency requiring intravenous immunoglobulin therapy. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2004;93:160-165.

10. Hassani P, Izadi-Avanji F, Rakhshan M, AlaviMajd H. A phenomenological study on resilience of the elderly suffering from chronic disease: a qualitative study. *Psychol Res Behave Manage.* 2017; 10: 59–67.

11. Li L, Xin X, Neili X, Lie W. Disease activity, resilience and health related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study. *Health Quality Life Outcomes.* 2017; 15:149

12. Lee C, Johnston-Wilder S. The construct “mathematical resilience”. New York: Routledge, 2016.

13. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *J Adv Nurs.* 2007;60(1):1-9.

14. Frisby BN, Booth-Butterfield M, Dillow MR, Martin MM, Weber KD. Face and resilience in divorce: The impact on emotions, stress, and post-divorce relationships. *J Soc Pers Relat.* 2012;29(6):715-35

15. Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, Robinson AE, Cosper CJ, Mullins PG. The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *J Pain.* 2009;10(5):493-500

16. Kim T-H, Lee SM, Yu K, Lee S, Puig A. Hope and the meaning of life as influences on Korean adolescents’ resilience: Implications for counselors. *Asia Pacific Educ Rev.* 2005;6(2):143-52.

17. KhodabakhshiKoolae A, Derakhshandeh M. Effectiveness of hope-oriented group therapy on life meaning and resilience in mothers with physical-motor disabled children. *Iran J Pediatr Nurs.* 2015;1(3):15-25.

18. Zecca C, Panicari L, Disanto G, Maino P, Singh A, Digesu GA, Gobbi C. Posterior tibial nerve stimulation in the management of lower urinary tract symptoms in patients with multiple sclerosis. *Int Urogynecol J.* 2015;58:23-32.

19. Golpaygani A. Assessment of the Effect of Group Logotherapy on Coping Styles and Resiliency of Addicts in Addiction Treatment Center. Arak Islamic Azad University Arak Branch; 2016.

20. Siadat M, Gholami Z. The Effectiveness of Group Logotherapy in Increasing Resilience and Decreasing Depression among Individuals Affected by Substance Abuse in Tehran. *Int J Appl Behav Sci.* 2018;5:1

21. topchi H, Ramezanifar S, Ahmadian R. [bareasi asare manadarmani gorouhi bar afzayesh omid be zende gibimarane HIV mosbat]. *Quart J Lorestan Police Sci.* 1396.5(2);145-157.

22. panahali A, Zanjani Sh. The Effectiveness of Group Logotherapy on Resilience among Women

کمیت‌ه اخلاق دانشگاه تهران با شماره IR.UT.PSYEDU.REC.1399.044 و کد کارآزمایی بالینی IRCTID: IRCT20210202050218N1 ثبت شده است.

## تقدیر و تشکر

در پایان از همه عزیزاتی که مرا در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزارم. به ویژه از همکاری و همراهی آقای حجازی، ریاست محترم مرکز خیریه بیماران نقص ایمنی حضرت صدیقه طاهره (ص) اصفهان و کارکنان محترم این مرکز قدردانی می‌کنم.

## References

1. Kokron CM, Errante PR, Barros MT, Baracho GV, Camargo MM, Kalil J, Rizzo LV. Clinical and laboratory aspects of common variable immunodeficiency. *An Acad Bras Cienc.* 2004;76(4):707-26.

2. Aghamohammadi A, Moein M, Farhoudi A, Pourpak Z, Rezaei N, Abolmaali K, et al. First report of the National Registry of PID in children and adults. *J Clin Immunol.* 2002; 22(16): 375–80.

3. Marina Y Dolina, MD; Chief Editor: Michael AKaliner, MD. Immunoglobulin a Deficiency Clinical Presentation. Available at: [http://www.emedicine.com/derm/topic CVID \(2004\).](http://www.emedicine.com/derm/topic CVID (2004).)

4. Rezaei N, Aghamohammadi A, Moin M, Pourpak Z, Movahedi M, Gharagozlou M, et al. Frequency and clinical manifestations of patients with primary immunodeficiency disorders in Iran: update from the Iranian Primary Immunodeficiency Registry. *J Clin Immunol.* 2006; 26(6): 519-32.

5. Stefano T, Patrizia G, Federica P, Fabiola L M, Guido G, Cinzia M, et al. Longitudinal study on health-related quality of life in a cohort of 96 patients with common variable immune deficiencies. *Front Immunol.* 2014;5:605

6. Schaffer AA, Salzer U, Hammarstrom L, Grimbacher B. Deconstructing common variable immunodeficiency by genetic analysis. *Curr Opin Genet Dev.* 2007;17(3):201-12.

7. Buckley RH. Primary immunodeficiency diseases: dissectors of the immune system. *Immunol Rev.* 2002; 185(1): 206-19.

8. Mozaffari H, pourpak Z, Moein M. Survival analysis in patients with primary immunodeficiency disorders in 1979-2004. *Ann Mil Health Sci Res.* 2007.5:3;1337-1340(Persian)

9. Haig T, Tonya P, Robert H, Quality of life in

- with Alexithymia Symptoms. *J Clin Psychol*. 2019;11(1):59-72[Persian]
23. Akbarinejad H, Bayrampour O, Faroughi P, Comparison of the effectiveness of logotherapy and treatment based on acceptance and commitment on the death anxiety, resilience and hopelessness of women with multiple sclerosis. *Med Sci J Islam Azad Univ*. 2021;31(1). [Persian]
24. Nader M, Ghanbarib N, Tajabadi pourc S, Gholipour S, Esmaeilzadehb N, Effectiveness of Short-term Group Logo-therapy on Life Expectancy and Resilience of Women With Breast Cancer. *Arch Breast Cancer*. 2019;6(4):168-173.
25. Kang KH, Im JI, Kim HS, Kim SJ, Song MK, Sim SY. The Effect of Logotherapy on the Suffering, Finding Meaning, and Suffering, Well-being of Adolescents with Terminal Cancer. *KSSCHN*. 2009.12:136-144
26. GhorbaniTaghlidabad B, Tasbihsazan Mashhadi R. The Effects of Group Logotherapy on the Severity of Irritable Bowel Syndrome and the Quality of Life of the Affected Patients. *Pract Clin Psychol*. 2020;8(1):39-46.
27. Amirfard F, Ghorbanali Y . Effectiveness of Group Logotherapy on Improving the Quality Of Life in menopausal women. *Bulletin de la Société Royale des Sciences de Liège*. 2017;86:175-181.
28. Mardani M, Ghafari Z. The Effectiveness of Logotherapy on Quality of Life among MS Patients in Shahrekord. *J Ilam Univ Med Sci*. 2015;23(5):47-56.
29. Sutinah S. Cognitive Therapy and Logotherapy on Depression of Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Indones Nurs J Educ Clin*. 2020;5(1):69-75
30. Soetrisno S, Adhitya A, Syamsul H. The effect of logotherapy on the expressions of cortisol, HSP70, Beck Depression Inventory (BDI), and pain scales in advanced cervical cancer patients. *Health Care Women Int*. 2017;38(2).
31. Schulenberg SE, Schnetzer LW, Winters MR, Hutzell RR. Meaning-centered couples therapy: Logotherapy and intimate relationships. *J Contemporary Psychother*. 2010;40(2):95-102.
32. Connor KM, Davidson JRT. Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *J Depress Anxiety*. 2003;18:76- 82.
33. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Resiliency, mental health and life satisfaction. *Journal of Psychiatry Clin Psychol*. 2006;3(3):290-295. [Persian]
34. Isabella Q, Federica P, Patrizia G, Joud H, Debra L C, Cinzia M, Damiano A, Jordan S , Stefano T. Development and Initial Validation of a Questionnaire to Measure Health-Related Quality of Life of Adults with Common Variable Immune Deficiency: The CVID\_QoL Questionnaire. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2016;4(6):1169-1179
35. Frankl V. Logotherapy. Translation by Nehzatsalehian and Mahin Milani, Tehran: Dorsa. 2007.