

اثر بخشی معنا درمانی به شیوهی گروهی در افسردگی بیماران مولتی پل اسکروزیس (ام.اس.)

هما رضایی^۱

عبدالله شفیع آبادی^۲

چکیده

هدف این پژوهش کاهش افسردگی افراد دچار به بیماری مولتیپل اسکروزیس (ام.اس.) به شیوهی معنا درمانی گروهی است. پایه‌ی نظری این بررسی معنی درمانی فرانکل است. فرانکل بر این باور است انسان وقتی با وضعی تغییر ناپذیر روبروست، مانند بیماری درمان ناپذیر این فرصت را یافته است که به عالی‌ترین و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد. مفهومی‌های بنیادین این نظریه: معنی جویی، معنای زندگی، آزادی و مسئولیت، معنای عشق، معنای رنج، معنای مرگ، و حضور خدا در ناخودآگاه است. پیشینه‌ی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، گویای سودمندی این دو شیوه در کاهش افسردگی بیماران جسمی بوده است.

برای آزمون اثر بخشی این شیوه در کاهش میزان افسردگی، بیست و چهار نفر از بیماران ام.اس. برگزیده شدند و به شیوهی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در نشست‌های گروهی معنی درمانی شرکت کردند و گروه کنترل از فرایند درمان دور نگه داشته شدند. میزان افسردگی هر دو گروه به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک، سه بار (پیش آزمون، پس آزمون، و آزمون پیگیری) سنجش شد. براینکه این پژوهش افزون بر تایید چارچوب نظری، گویای اثر بخشی معنی‌دار گروه درمانی به شیوهی معنی درمانی در کاهش افسردگی بیماران ام.اس. است. بر اساس این پژوهش پیشنهاد می‌شود برای کاهش افسردگی بیماران ام.اس. چندانکه از مشاوره‌ی گروهی به شیوهی معنا درمانی بهره گرفته شود.

^۱ کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه خاتم

^۲ استاد دانشگاه علامه طباطبائی

کلید واژه‌ها

افسردگی، بیماری مولتی پل اسکروزیس، معنی درمانی گروهی

مقدمه

افسردگی یکی از نابسامانی‌های بنیادین روانی است (مهریار، ۱۳۸۲). حالتی است که بر احساسات، افکار، رفتار، و سلامت جسمانی فرد تأثیر ژرفی گذاشته (سالمانز^۱، ترجمه: خلخالی زاویه، ۱۳۸۲) و چگونگی ادراک او از خود و محیطش را دگرگون می‌سازد (کاپلان و سادوک^۲، ترجمه: پورافکاری، ۱۳۷۵). این دگرگونی تا اندازه‌ای است که وی در کنترل خود و پیرامونش، احساس درماندگی می‌کند (سلیگمن^۳، ۱۹۷۵). فرانکل^۴ بر این باور است که افسردگی در افراد دچار به بیماری جسمی اندوهی است که در واکنش به شرایط جسمانی‌شان، نمایان می‌شود (فرانکل، ترجمه: سیف بهزاد، ۱۳۷۲). یکی از بیماری‌هایی که به دلیل ماهیت کم توان کننده‌اش می‌تواند فرد را به افسردگی برساند، مولتی‌پل اسکروزیس (ام.اس.) (آبراموویتز^۵، ترجمه: همت خواه، ۱۳۸۴). این بیماری یکی از قدیمی‌ترین و در عین حال مهم‌ترین بیماری مغز و نخاع است (بردلی، داروف، فنیکل، و مارسدن^۶، ۲۰۰۴) که با دوره‌های پیشرونده‌ی کاهش و افزایش بیماری، علائم سه گانه‌ی آسیب‌زا شامل التهاب^۷، از بین رفتن پوشش عصب‌ها^۸ (میلین^۹)، و

1. Salmans, S

2. Kapkan, H.& Sadock, B

3. Seligman, M. E. P

4. Frankl, V

5. Abromovitz, M

6. Bradly, W.G.& Daroff, K.B.& Fenichel, G.M. & Marsden, C.D

7. Inflammation

8. Demyelination

9. Myelination

و جراحی^۱ دستگاه اعصاب مرکزی^۲ تشخیص داده می‌شود (هاسر و گودین^۳، ۲۰۰۵). از بین رفتن پوشش عصب در بخشی از مغز که کنترل احساسات را به عهده دارد، فرایند ازمان و پیش‌بینی ناپذیر بودن حمله‌های بیماری، کاهش توانمندی‌های پیشین و مشکلاتی نظیر از دست دادن کار و در آخر عوارض ناشی از مصرف داروهایی که در درمان به کار می‌روند از جمله دلایل افسردگی در بیماران ام.اس. است (آبراموویتز، ترجمه: همت خواه، ۱۳۸۴) که به نوبه‌ی خود سویه‌های بسیاری از زندگی فرد را دگرگون می‌نماید. یکی از این سویه‌ها، کاهش مقابله‌ی سودمند با دشواری‌های زندگی است. این کاهش مهارت مقابله به سهم خود می‌تواند افسردگی بیمار را بیشتر از پیش نماید و این چرخه همچنان ادامه یابد (آرنلت و رادولف^۴، ۲۰۰۶). شدت افسردگی بیمار بر کیفیت زندگی، توانمندی‌های بدنی (پیشن، دبوری، گلیمن، و وندنبرگ^۵، ۲۰۰۶)، سویه‌های شناختی، شناختی، و بازگشت دوباره‌ی بیماری (لوپز، پرن، بارکو، و ریبال^۶، ۲۰۰۴) تأثیر ویران کننده‌ای می‌گذارد. الگوی بیماری و شیوه‌ی برخورد با آن در بیمار ام.اس. که دچار افسردگی شده است در برابر بیماری که به افسردگی دچار نشده یا آن را مهار کرده، بسیار ناهم‌اند است (کرونک، لینچ، و دنی^۷، ۲۰۰۰). ناامیدی و خستگی از دیگر پیامدها و چه بسا نشانه‌های افسردگی می‌باشد. ناامیدی‌ای که بیمار را از مقابله‌ی سودمند و ادامه‌ی درمان باز می‌دارد (وینزمن و شتزن^۸، ۲۰۰۴) و همین امر سبب می‌شود با آغاز حمله‌ی دیگر بیماری فرد به درمان دارویی

1. Scarring

2. Central Nervous System (C.N.S)

3. Hauser, S.L. & Goodin, D.S

4. Arnelt, P.A. & Radolph, J.J

5. Pittion, V.S.& Dobouverie, M.& Guillemin, F. & Vandenberghe, N

6. Lopez, S.M.& Perez, T.& Barco, A.N, Ribal, J

7. Kroencke, D.C. & Lynch, S.G & Denney, D.R

8. Winesman, N.M.& Schwetz, K.M

اثر بخشی معنادارمانی به شیوه‌ی گروهی در ...
گسترده‌تر و حتی بستری درازمدت‌تر نیاز داشته باشد (پاتن و متز^۱، ۲۰۰۲). چنین
آسیب‌های گسترده‌ای می‌توانند در افزایش افسردگی فرد سهم بسزایی داشته
باشند که با افزایش افسردگی خطر اقدام به خودکشی با هدف پایان دادن به این
دشواری‌ها نیز افزایش می‌یابد (مختاری، ۱۳۸۴). انجمن حمایت از بیماران ام.اس.^۲
ام.اس.^۲ (۲۰۰۶) در گزارش‌های خود بیان کرد که خطر خودکشی در بیماران
ام.اس. به طور معمول ۷/۷ برابر بیشتر از جمعیت عادی است. افکار خودکشی در
بیماران ام.اس. ایرانی ۳۰ درصد است که از این میان اقدام به خودکشی ۵ برابر
بیشتر از جمعیت عادی است و این میزان به ویژه در ۵ سال نخست بیماری و در
سنین ۴۰ تا ۵۰ سال نمایان می‌شود (ملکوتی، ۱۳۸۵). از این رو توجه جدی به
دشواری‌های بیماران به ویژه افسردگی ایشان ارزنده می‌نماید.
آن چه آشکار این است که گزینش هدف و یافتن معنی در زندگی می‌تواند
به بیمار کمک کند تا بر اضطراب، افسردگی، و ناامیدی خود چیره شود
(جمالی، ۱۳۸۱؛ فرانکل، ترجمه: تبریزی و علوی‌نیا، ۱۳۸۴ و فرانکل، ترجمه:
صالحیان و میلانی، ۱۳۸۵). اما از آنجایی که شیوه‌های رویارویی با افسردگی
این بیماران ناهمانند است و پژوهش‌های کمی (به ویژه در ایران) در زمینه‌ی
سودمندی معنادارمانی در کاهش افسردگی بیماران ام.اس. انجام شده است،
پژوهش کنونی با هدف کاهش افسردگی بیماران ام.اس. بر آن است تا سودمندی
شیوه‌ی معنادارمانی فرانکل را در کاهش افسردگی بررسی نماید.

¹. Patten, S.B. & Mets, L.M
². MS Patients Supportive Society

یالوم و وینوگرادو^۱ (۱۹۸۸)، ناگاتا^۲ (۲۰۰۳)، بور، کمینی، تیلور، و فای^۳ (۱۹۸۸)، وندر، اورس، جانگن، و بلیجنبرگ^۴ (۲۰۰۳)، لی^۵ (۲۰۰۶)، رودینی (۱۳۸۶) هزاروسی (۱۳۸۴)، و شیخ پور (۱۳۸۵) هر کدام از سویه‌های مختلف به بررسی افسردگی در بیماران جسمی و شیوه‌های مقابله با آن پرداخته‌اند.

وندرو و همکارانش (۲۰۰۳) نشان دادند که ناامیدی به طور فزاینده‌ای در افزایش افسردگی و دشواری‌های عصبی بیماران ام.اس. تأثیر دارد. این پژوهشگران مداخلات روان شناختی با هدف افزایش امید، معنی، و هدف در زندگی را پیشنهاد کرده‌اند.

یالوم و وینوگرادو (۱۹۸۸) در پژوهش خود گزارش کردند که بیماران سرطانی با شرکت در نشست‌های روان درمانی گروهی وجودی به تصویر سازی از مرگ خود می‌پردازند و پرداختن به نگرش خود نسبت به مرگ در گروه سبب می‌شود که فرد به زندگی با افکار نوین و دید بهتری بنگرد.

ناگاتا (۲۰۰۳) مداخله‌ی گروهی معنا درمانی را برای بیماران دچار به دردهای مزمن انجام داد. در این پژوهش تأثیر معنا درمانی بر کارکردهای جسمی (ترشح میزان برخی هورمون‌هایی که در کارکرد بهینه‌ی بدن نقش دارند) بررسی شد. نتایج نشان داد که معنا درمانی شیوه‌ای سودمند در کارکردهای جسمی انسان است. باور و همکارانش، ۲۰۰۴ (به نقل از رودینی، ۱۳۸۶) به بررسی مداخلات روان درمانی در پایان زندگی با تأکید بر معنایابی و معنویت پرداختند. و به درمانگران پیشنهاد کردند در برخورد با این افراد شیوه‌ی معنا درمانی فرآنکل را به کار بگیرند.

1. Yalom & vinograd

2. Nagata, A

3. Bower, G.A. & Kemeny, M.E. & Taylor, S.E. & Fahey, G.L

4. Vandar, S.P. & Evers. A. & Jongen, P.J. & Bleijenberg.G

5. Lee. C.H

اثر بخشی معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی در ...

بور و همکارانش (۱۹۹۸) به بررسی نقش معنایابی در پاسخ به فشارهای ناشی از بیماری ایدز پرداختند. براینده این پژوهش نشان داد پاسخ سودمند (به ویژه کشف معنا) به فشارهای ناشی از بیماری سبب افزایش ایمنی و سلامت بدنی می‌شود. یافته‌های پژوهش لی (۲۰۰۶) نیز بیانگر سودمندی معنا درمانی در خود شکوفایی و از عهده برآیی موثر در کارهای روزانه در سالمندان بود.

از میان پژوهش‌های ایرانی در زمینه‌ی سودمندی معنادرمانی در بیماران جسمی می‌توان به پژوهش رودینی (۱۳۸۶) اشاره کرد. این پژوهش که با هدف بسترسازی برای بهبود و افزایش سلامت روان در بیماران دچار به ایدز انجام شد، سودمندی برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی با رویکرد معنی درمانی را در افزایش سلامت روان نشان داد. هزار و سی (۱۳۸۴) و شیخ‌پور (۱۳۸۵) نیز به بررسی سودمندی معنادرمانی در افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی و معلولین نخاعی پرداختند. یافته‌های این دو پژوهش نیز حاکی از سودمندی این شیوه در مسئولیت پذیری، دگرگونی باورهای این بیماران درباره‌ی زندگی و افزایش امید به زندگی بود. با مرور چنین پیشینه‌ای، پژوهش کنونی بر این فرضیه استوار است که معنا درمانی فرانکل به شیوه‌ی گروهی در کاهش افسردگی بیماران ام.اس. موثر است.

روش

در این پژوهش دو گروه از بیماران افسرده‌ی دچار به بیماری مولتی پل اسکروزیس همکاری داشتند. شیوه‌ی مشاوره‌ی گروهی معنادرمانی برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه دوم به عنوان گروه کنترل به طور موقت از فرایند درمان دور نگه داشته شد. هر دو گروه سه بار (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) سنجش شدند. پس از پایان یافتن نشست‌های گروهی، پس آزمون از هر سه گروه، در همان مرکز مشاوره و در یک زمان و با یک ابزار سنجش

(پرسشنامه‌ی افسردگی بک) گرفته شد. سپس با هدف پیگیری سودمندی نشست‌های مشاوره‌ای یک ماه بعد، آزمون پیگیری از هر سه گروه گرفته شد.

جامعه‌ی پژوهشی این پژوهش، مجموعه‌ی ۱۵۰۰ بیمار دچار به بیماری ام.اس. در شهر تهران بوده است. نهادهایی که در شهر تهران به این ۱۵۰۰ بیمار خدمت می‌کنند، عبارتند از انجمن حمایت از بیماران ام.اس، مرکز جامع سبا، و مراکزهای خصوصی درمان متخصصین مغز و اعصاب (لطفی، ۱۳۸۶) که از این میان مرکز جامع سبا با ۲۵۰ بیمار به روش تصادفی گزینش شد. از میان بیماران مرکز سبا زیر مجموعه‌ای به روش زیر برگزیده شد.

نخست با هماهنگی رئیس مرکز، پرونده‌ی بیماران ارزیابی شد. از میان پرونده‌ی ۲۵۰ بیمار، ۱۴۳ نفر از زنان ۴۰ - ۲۰ ساله‌ای که از نظر شناختی (هوشی) و بدنی (کاربرد دست‌ها) مشکلی نداشتند و از نظر سواد خواندن و نوشتن هم دست کم سوم راهنمایی را به پایان رسانده بودند گزینش شدند. دلیل انتخاب زنان هماهنگی در جنس سن و دلیل دامنه‌ی سنی هماهنگی در سن (شفیع آبادی، ۱۳۸۴) بود. چرایی در نظر گرفتن پیش بایسته‌های سواد آموزشگاهی و نداشتن آسیب‌های شناختی و جسمی این بود که همکاری با پژوهش نیازمند برخورداری از سواد آموزشگاهی و نداشتن دشواری‌های شناختی (هوشی) و جسمی (کاربرد دست‌ها) است.

با این گروه ۱۴۳ نفره در طول ۳۵ روز ارتباط حضوری و تلفنی برقرار شد و ضمن دادن آگاهی‌های لازم در زمینه‌ی نوع و میزان همکاری، از ایشان برای شرکت در فعالیت درمانی دعوت شد. ۹۰ نفری که پذیرای این فراخوان شدند در زمینه‌ی افسردگی سنجش شدند و بر پایه‌ی ارزش‌های به دست آمده، ۲۴ نفری که بیشترین میزان افسردگی را نشان داده بودند به همکاری دعوت شدند. این ۲۴ تن به شیوه‌ی هم‌تاسازی در دو گروه ۱۲ نفره جای گرفتند. ارزش‌های پیش آزمون به ترتیب از بیش به کم کنار هم چیده شدند و سپس از بالاترین ارزش، دو تا دو تا

اثربفشی معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی در ...
گزینش شده و به روش بخت‌گزیده در دو گروه جایگزین شدند. این کار تا جایی
ادامه یافت که در هر گروه ۱۲ نفر جایگزین شدند.

گروه آزمایش به مدت ۱۰ هفته، هفته‌ای یک نشست شصت تا نود دقیقه‌ای
در نشست‌های گروهی معنی‌درمانی شرکت کردند و گروه کنترل در دوره‌ی
نشست‌های گروهی از فرایند درمان دور نگه داشته شد. پس از پایان یافتن
نشست‌های گروهی، پس از آزمون از هر دو گروه، در همان مرکز مشاوره و در یک
زمان و با یک ابزار سنجش (پرسشنامه‌ی افسردگی بک) گرفته شد. در آخر با
هدف پیگیری سودمندی نشست‌های مشاوره‌ای یک ماه بعد آزمون پیگیری از هر
دو گروه گرفته شد. گفتنی است شمار اعضای گروه آزمایش پس از پایان
نشست‌های درمانی به ۱۰ نفر کاهش یافت. اشاره به هدف‌ها و فعالیت‌های انجام
شده در گروه به گونه‌ای گذرا بایسته می‌نماید.

Archive of SID

برنامه‌ی معنی‌درمانی به شیوه‌ی گروهی

نشست‌ها	هدف‌ها	فعالیت‌ها
نشست نخست	آشنایی دوسویه و آگاهی از منشور گروه	معرفی، بیان ساختار کلی، چگونگی روند کار و منشور گروه
نشست دوم	آگاهی درمانجویان از مفهوم های بنیادین معنی‌درمانی	بیان فشرده‌ای از شرح حال فرانکل و باورهای بنیادین معنی‌درمانی
نشست سوم	آگاهی از شیوه‌های معنی‌جویی، درک و دریافت معنی‌زندگی	بیان سه شیوه‌ی پیشنهادی در معنی‌جویی
نشست چهارم	پذیرش آزادی فردی و مسئولیت‌پذیری	گفتگوی گروهی در زمینه‌ی آزادی و مسئولیت‌پذیری و مرتبط ساختن هر پنداره با واقعیت زندگی درمان‌جویان
نشست پنجم	درک و دریافت معنی‌عشق	گفت و گوی گروهی در زمینه‌ی عشق و معنای آن و تجربه‌های شخصی درمان‌جویان
نشست ششم	درک و دریافت معنای رنج	گفت و گوی گروهی در زمینه‌ی رنج‌های همایند با بیماری س.چ.
نشست هفتم	درک و دریافت معنی‌مرگ	گفت و گوی گروهی در زمینه‌ی گذرایی زندگی، واقعیت مرگ و معنای آن
نشست هشتم	درک حضور خدا در ناخودآگاه متعالی انسان	گفتگو در زمینه‌ی حضور خدا در ژرف‌ترین لایه‌های وجودی انسان
نشست نهم	گرفتن معنای مثبت از بیماری س.چ.	گفت و گوی گروهی در زمینه‌ی معنایی که درمان‌جویان از دشواری‌های بیماری س.چ. دریافت کرده‌اند.
نشست دهم	جمع‌بندی گفته‌ها، خوانده‌ها و دریافت‌های درمان‌جویان	جمع‌بندی و بیان چکیده‌ای از دریافت‌های نشست‌های پیشین

ابزار سنجش در این پژوهش، پرسشنامه‌ی افسردگی بک است که از ۲۱

نشانه‌ی افسردگی تشکیل شده است. داده‌بخشان باید میزان وجود این نشانه‌ها را

در خود در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا سه تعیین کنند. پرسش‌ها با

زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی، شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی

اثر بخشی معنادارمانی به شیوه‌ی گروهی در ... خواب، و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. برای درک پرسش‌ها به داشتن سواد ابتدایی بسنده است. دامنه‌ی نمره‌ها از صفر تا شصت و سه است. به طور معمول کسانی که نمره‌شان در دامنه‌ی ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرند، از نظر بالینی افسرده تلقی می‌شوند (شریفی، ۱۳۸۵). ارزش‌های صفر تا ده گویای هیچ یا کمترین افسردگی، ارزش‌های یازده تا شانزده گویای افسردگی کم، هفده تا بیست نشان دهنده‌ی آن اندازه از افسردگی است که فرد نیازمند مشاوره است. ارزش‌های بیست و یک تا سی گویای آن هستند که فرد افسرده به شمار می‌آید. ارزش‌های سی و یک تا چهل نشان دهنده‌ی افسردگی شدید، و بیشتر از چهل گویای افسردگی بیش از حد است (حسین زاده، ۱۳۸۶).

از زمان معرفی پرسشنامه‌ی بک در سال ۱۹۶۱ ارزیابی‌های روان سنجی بسیاری در مورد آن صورت گرفته است. نتایج فراتحلیل انجام شده در ایران گویای آن است که پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۶ است و ضریب همبستگی آن با آزمون معروف شخصیت ام. ام. پی. آی. ۰/۷۶، با آزمون افسردگی هامیلتون ۰/۷۱ و با مقیاس افسردگی زونک ۰/۷۶ گزارش شده است (گراث و مارنات، ۲۰۰۳، ترجمه: شریفی و نیکخو، ۱۳۸۴).

یافته‌ها

جدول ۱: آمارهای میانگین و انحراف استاندارد و دامنه‌ی

نمره‌های دو گروه نمونه در پیش آزمون

گروه	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
معنا درمانی	۱۲	۲۷/۱	۱۰/۰۱	۱۶	۴۷
کنترل	۱۲	۲۵/۹۱	۱۱/۲۳	۱۵	۵۳

جدول ۲: آمارهای میانگین و انحراف استاندارد و دامنه‌ی نمره‌های

دو گروه نمونه در پس آزمون

گروه	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
معدارمانی	۱۰	۱۶/۸	۶/۵۷	۸	۳۰
کنترل	۱۲	۲۵/۸۲	۱۰/۵۷	۱۴	۵۱

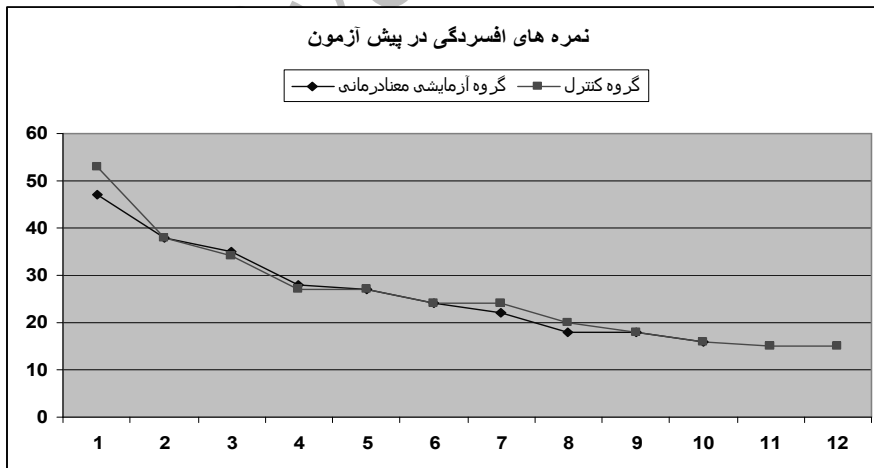
جدول ۳: آمارهای میانگین و انحراف استاندارد و دامنه‌ی نمره‌های

دو گروه نمونه در آزمون پیگیری

گروه	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
معدارمانی	۱۰	۱۶/۶	۶/۴۴	۷	۲۸
کنترل	۱۲	۲۵/۵۸	۱۹/۰۴	۱۵	۵۰

نمودار ۱. توزیع نمرات افسردگی در گروه آزمایشی معنادرمانی و

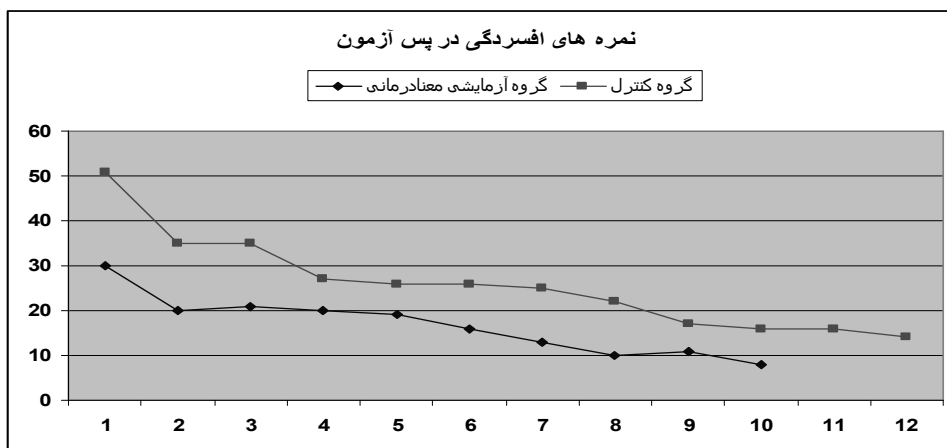
گروه کنترل در مرحله پیش آزمون



اثربخشی معنادرمانی به شیوهی گروهی در ...

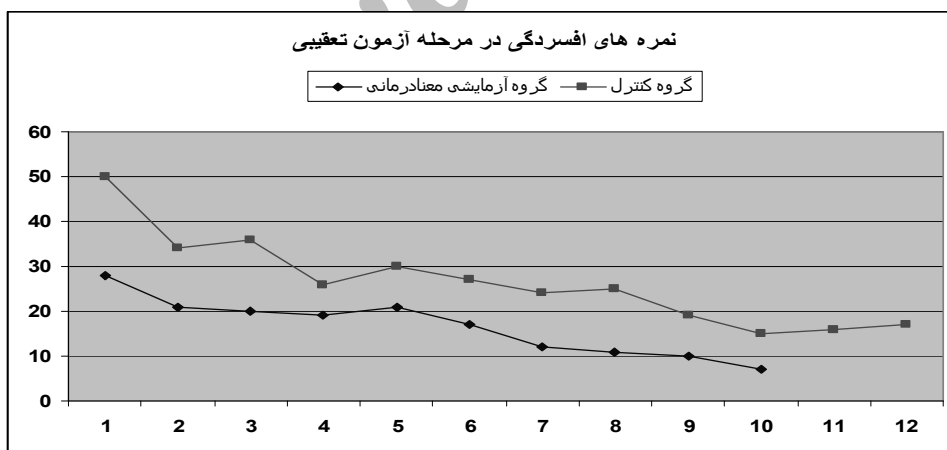
نمودار ۲. توزیع نمرات افسردگی در گروه آزمایشی معنادرمانی

و گروه کنترل در مرحله پس از آزمون



نمودار ۳. توزیع نمرات افسردگی در گروه آزمایشی معنادرمانی

و گروه کنترل در مرحله آزمون پیگیری



جدول ۴. نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل جهت بررسی تفاوت میانگینهای

افتراقی نمره های افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	درجه آزادی	T به دست آمده	سطح معناداری	نسبت F لاون	مدام	میانگین افتراقی	فراوانی	گروه	
۰/۰۱	۲۰	۸/۰۳	۰/۰۲	۱۳/۰۶	۴/۱۷	-۱۰/۵	۱۰	معنادرمانی	پیش آزمون
					۱/۵۶	-۰/۸	۱۲	گواه	و پس آزمون
۰/۰۹۱	۲۰	۱/۳۵	۰/۸۴	۱/۸۹	۱/۳۱	-۰/۲	۱۰	معنادرمانی	پس آزمون
					۱/۸۶	۰/۷۵	۱۲	گواه	و پیگیری

این پژوهش که با هدف کاهش افسردگی در بیماران ام.اس. انجام شد، پس از برگزاری نشست‌های معنی درمانی گروهی برای گروه آزمایش، نمره‌های افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایش مورد مقایسه قرار گرفت جهت بررسی همسانی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در مرحله‌های پیش آزمون و پس آزمون و همچنین در مرحله‌های پس آزمون و آزمون پیگیری از آزمون F لوین استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری محاسبه شده در پیش آزمون و پس آزمون ($P=0/02$) از خطای $0/05$ کوچکتر بود، فرضیه‌ی صفر F لوین رد شد. بنابراین به سبب همسان نبودن واریانس‌های دو گروه از آزمون ناپارامتریک یو-مان ویتنی استفاده شد. از آن جایی که نتایج سطوح معناداری بین آزمون یو-مان ویتنی و آزمون تی یکسان است، جهت گزارش از نتایج آزمون آماری تی گروه‌های ناوابسته استفاده شد.

از سویی دیگر سطح معناداری محاسبه شده در پس آزمون و آزمون پیگیری ($P=0/184$) از خطای $0/05$ بزرگتر بود. بنابراین فرضیه‌ی صفر F لوین تایید شد و این امر گویای همسانی واریانس‌ها بود که استفاده از آزمون تی را ممکن ساخت.

اثربخشی معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی در ...

نتایج همانگونه که در جدول ۷ آمده است ($t=8/03$, $df=20$) و با توجه به سطح معناداری ($P=0/001$) که از خطای $0/01$ کوچکتر بود، لذا از نظر آماری معنادار است و با اطمینان $0/99$ فرضیه‌ی صفر پژوهش رد می‌شود. پس می‌توان گفت تفاوت مشاهده شده در میانگین‌ها، تصادفی نیست و گروه درمانی به شیوه‌ی معنا درمانی در کاهش افسردگی بیماران ام.اس. موثر بوده است

همچنین تی محاسبه شده جهت مقایسه میانگین اختلاف نمره‌های پس آزمون و آزمون پیگیری (پس از یک ماه) در دو گروه آزمایش و کنترل ($df=20$ ، $t=1/35$) بود و با توجه به سطح معناداری ($P=0/191$) که از خطای $0/05$ بزرگتر بود لذا از نظر آماری معنادار نبود و می‌توان گفت تفاوت مشاهده شده در میانگین‌های افتراقی تصادفی است و متغیر زمان نتوانسته است بر روی میزان افسردگی بیماران ام.اس. تأثیر داشته باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که افسردگی در بیماران ام.اس. پس از نشست‌های گروهی معنی درمانی کاهش یافت. این برابند، افزون بر تایید چارچوب نظری، با پژوهش‌های انجام شده‌ی زیر همخوانی دارد: پژوهش‌های وندر و همکاران (۲۰۰۳)، یالوم و وینوگ رادو (۱۹۹۸)، ناگاتا (۲۰۰۳)، باور و همکاران (۲۰۰۴)، بور و همکاران (۱۹۹۸)، لی (۲۰۰۶)، رودینی (۱۳۸۶)، هزاروسی (۱۳۸۴) و شیخ پور (۱۳۸۵۹).

از یافته‌های جانبی این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد که میزان افسردگی در دامنه‌ی سنی ۳۵-۴۰ سال بودند، بیمارانی که شغلی درآمدزا نداشتند و مجردها بیشتر از سایرین بود. دلیل احتمالی چنین یافته‌هایی می‌تواند برخاسته از آن باشد که برخورداری از درآمد افزون بر آن‌که می‌تواند بخشی از

پژوهشنامه تربیتی

نگرانی‌های ناشی از هزینه‌های درمان را کاهش دهد، احساس سودمندی در اجتماع را نیز در ایشان تقویت کند. حمایت همسر در خانواده نیز از جمله دلایل احتمالی کاهش افسردگی در بیماران متاهل نسبت به مجردها است. بیماران که در این پژوهش همکاری داشتند بیماریشان از دو نوع پیشرونده‌ی اولیه و فروکش کننده - برگشت کننده بود که افسردگی در بیماران پیشرونده‌ی اولیه بیشتر از فروکش کننده - برگشت کننده بود که این خود می‌تواند در ارتباط با ناهممانندی در ماهیت این دو گونه از بیماری باشد. در نوع فروکش کننده - برگشت کننده، بیمار به طور ناگهانی دچار حمله‌ای می‌شود که یک یا چند بخش از بدنش را درگیر ساخته و سپس حمله تا اندازه‌ای زیاد فروکش می‌کند اما در نوع پیشرونده‌ی اولیه نشانه‌ها از ابتدا به طور مزمز پیشرفت می‌کند، نشانه‌ها بدتر می‌شوند و بر ناتوانی با گذشت زمان افزوده می‌شود.

کتابنامه

- آبراموویتز، ملیسا. راهنمای پزشکی خانواده ام اس. ترجمه: فرهاد همت خواه (۱۳۸۴). تهران: عصر کتابپروچاسکا، جیمز او. نورکراس، جان. سی، (۱۳۸۳)، نظریه‌های روان درمانی. یحیی سید محمدی، تهران: رشد.
- جمالی، فریبا (۱۳۸۱). بررسی رابطه‌ی بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. تهران: دانشگاه الزهرا.
- حسین‌زاده، زهرا، (۱۳۸۶). بررسی آموزش تلقیح استرس در کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مولتی پل اسکروسیس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.
- رودینی، بلقیس (۱۳۸۶). سودمندی معنادرمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان دچار به ویروس کاهش ایمنی انسان (ویکا/HIV) بیماری اکتسابی کاهش ایمنی (باکا/AIDS). پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه خاتم
- سالمنز، ساندر، (۱۳۸۴). افسردگی: پرسش‌هایی که دارید و پاسخ‌هایی که بدان نیازمندید. ترجمه: میرمجید خلخالی زاویه، تهران: جوانه‌ی رشد.
- شریفی، حسن پاشا، (۱۳۸۵). اصول روان سنجی و روان آزمایی. تهران: رشد
- شفیع‌آبادی، عبدالله، (۱۳۸۴). پویایی گروه و مشاوره‌ی گروهی. تهران: رشد.
- شیخ‌پور، نورالله، (۱۳۸۵). تأثیر مشاوره گروهی به شیوه‌ی معنادرمانی در افزایش امید به زندگی معلولین ضایعه‌نخاعی ناشی از زلزله‌ی شهرستان بم. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه خاتم.
- فرانکل، ویکتور، (۱۳۸۵). انسان در جستجوی معنا. ترجمه: نهضت صالحیان و مهین میلانی، تهران: رسا.
- فرانکل، ویکتور، (۱۳۷۲). پزشک و روح. ترجمه: فرخ سیف بهزاد، تهران: رسا.

- فرانکل، ویکتور، (۱۳۸۳). فریاد ناشنیده برای معنا (روانشناسی و انسان گرایی). ترجمه: مصطفی تبریزی و علی علوی‌نیا، تهران: فراروان.
- کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین، (۱۳۷۵). خلاصه‌ی روانپزشکی علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی. ترجمه: نصرت‌اله پورافکاری، تهران: ذوقی.
- مختاری، ستاره، (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی درمان شناختی، رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر افسردگی بیماران مبتلا به ام. اس. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. اصفهان: دانشگاه اصفهان.
- مهریار، امیر هوشنگ، (۱۳۸۲). افسردگی برداشتها و درمان شناختی. تهران: رشد.
- هزاروسی، بهرام، (۱۳۸۴). کاربرد مشاوره گروهی به شیوه‌ی معنادرمانی در افزایش امید به زندگی در بیماران دچار به سرطان پستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه خاتم.
- حسین‌زاده، زهرا، (۱۳۸۶). بررسی آموزش تلقیح استرس در کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مولتی‌پل اسکلروسیس. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.
- گراث، گری. مارنات، (۲۰۰۳). راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان. ترجمه: حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو (۱۳۸۴). تهران: رشد.
- لطفی (۱۳۸۵) www.asp.irteb
- ملکوتی (۱۳۸۵) [www. Tehranpi.org](http://www.Tehranpi.org)
- Arnelt, P.A., & Radolph, J.J. (2006). Relation between coping, cognitive dysfunction and depression in Multiple Sclerosis. *Chin neuro psychology*. Vol 16, No 3, 341 – 355.

- Bradley. W.G.,& Daroff, R.B.,& Fenikhel, G.M.,& Marsden, C.D.(2004). Neurology in clinical practice. Multiple Sclerosis. 2th ed. Newyork: Butter worth – Heineman.
- Bower, Gulienne.E.,& Kemeny, Margaret.E.,& Taylor, Selley.E.,& Fahey, Gohn.L.(1998). Cognitive processing, Discovery of meaning, Cd4 Declime, and Aids – Related Mortality Among Betearred HIV Seropositive men. Journal of counsulting and clinclal psychology. Vol 17, No 7.
- Hauser, Stephen.L.,& Goodin, Douglas.S.(2005) Multiple Sclerosis and other Demylinating Diseases. Neurologic Disorders. Newyork: Multiple Sclerosis Association of America.
- Kroencke, D.C.,& Lynch, S.G.,& Denney, D.R.(2000). Fatigue in Multiple Sclerosis: relationship to depression, disability, and disease pattern. Multiple Sclerosis. Vol 12, No 3.
- Lee. C.H.(2006). Effects of Logotherapy with exercise on Meaning of life, ego integrity and ADL in the elderly. Teahan kanho Hakhoe chi. Vol 36, No 5. 701 – 709.
- Lopes, S.M.,& Perez, T.,& Barco, A.N.,& Ribal, J.(2004). Multiple Sclerosis and Depression. Review Neural. Vol 38, No 6, 524 – 529.
- MS Patients Supportive Society (2006): <http://www.msassociation.org/>
- Nagata, K.(2003). A study of Logotherapy for clinic low back pain patient. Psychiatry. Vol 105.
- Patten, S.B.,& Mets, S.L.M.(2002). Hopelessness rating in relapsing remitting and secondary progressive Multiple Sclerosis. Psychiatry Med. Vol 32, No 2, 155 – 165
- Pittion, V.S.,& Dobovertie, M.,& Guillmin, F.,& Vandenberghe, N.(2006). Fatigue in Multiple Sclerosis related to disability. Depression and quality of life. Journal of neurol Sci. No 23.
- Seligman, M.E.P.(1975). Helplessness: on depression, development, and death. Sanfrancisco: Freeman.
- Vandar, Werf.S.P.,& Evers, A.,& Gongen, P.J.,& Bleijenberg, G.(2003). The role of hopelessness as Mediator between

- neurological disability, emotional instability. Experienced fatigue and depression in patient with Multiple Sclerosis. Multiple Sclerosis. Vol 9, No 1, 89 – 94.
- Winesman, N.M., & Schwetz, K.M. (2004). Longitudinal analysis of illness uncertainty, coping hopefulness, and mood during participation in a clinical drug trial. Neuro Sci Nurse. Vol 34, No 2, 100 - 123
 - Yalom, Irvan.D. (1996). Treating Depression. Cognitive behavior Therapy. Sanfrancisco: Jossey – Bass Ink