

The Effect of Group Logotherapy on Depression and Hope in University Students

تأثیر معنادرمانی به شیوه گروهی بر افسردگی و امید در دانشجویان

Somaye Robotmili. Ph.D. Student

Department of Clinical Psychology, Allame Tabataee University,
Tehran

Mahnaz Mehrabizade Honarmand. Ph.D.

Professor of Psychology, Department of Psychology, Shahid
Chamran University, Ahvaz

Yadollah Zarger. Ph.D.

Professor of Psychology, Department of Psychology, Shahid
Chamran University, Ahvaz

Roohollah Karimi Khoiyani. M.A.

Professor of Police, University, Tehran

سمیه رباط میلی*
دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی
مهناز مهرابی زاده هنرمند
استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز
یدالله زرگر
استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز
روح‌الله کریمی خویگانی
هیأت علمی گروه معارف، دانشگاه پلیس، تهران

چکیده

The purpose of this research was to investigate the effect of group logotherapy on depression and hope on the statistical population of Shahid Chamran University students. The research was a semi-experimental, pretest- posttest-follow up with control group. 40 students with high depression in Beck Depression Inventory (1972) and low hope in Miller Hope Scale (1988) were selected by multistage sampling and assigned randomly to two experimental (n=20) and control (n=20) groups. The experimental group participated in 10 sessions of group logotherapy. Then, inventories were administrated again as the post-test and 1 month follow up to both groups. The results of analysis of covariance showed that the mean of depression in the experimental group was significantly less and the mean of hope was significantly more than those of the control group both at the post- and follow-up tests ($P<0.01$).

Keywords: group logotherapy, depression, hope, university students.

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر معنادرمانی گروهی بر افسردگی و امید در دانشجویان اجرا شد. روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهشی را دانشجویان کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز در سال 1387 تشکیل می‌دادند که از میان آنان 40 نفر با نمرات افسردگی بالا در پرسشنامه افسردگی بک (1972) و امید پایین در مقیاس امید میلر (1988) به شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (20 نفر) و گواه (20 نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در 10 جلسه معنادرمانی گروهی شرکت کرد. سپس، پس‌آزمون و پیگیری یکماهه روی هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود داشت به این معنا که در گروه آزمایش میانگین افسردگی کمتر و میانگین امید گروه آزمایش بیشتر بود ($P<0/001$).

واژه‌های کلیدی: معنادرمانی گروهی، افسردگی، امید، دانشجویان دانشگاه.

* نویسنده مسؤل: تهران، دهکده المپیک، دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روان‌شناسی بالینی. پست الکترونیک: somayemili@st.atu.ac.ir

مقدمه

روان‌شناس معروف، مارتین سلیگمن¹ (1975)، به نقل از آلن - مرس² (1995) افسردگی را به‌عنوان سرماخوردگی روانی می‌شناسد. در هر مقطع معینی از زمان، 15 تا 20 درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و حداقل 12 درصد به میزانی از افسردگی مبتلا هستند که آنها را در مرحله‌ای از زندگی به سمت درمان بکشاند. حدود 75 درصد موارد بستری در بیمارستان‌های روانی را افراد افسرده تشکیل می‌دهند (هاوتون³، 1385). براساس پیمایشی که برای بررسی سلامت روان جهانی در هفده کشور انجام شد، مشخص گردید که به‌طور متوسط یک نفر از هر بیست نفر، دوره‌هایی از افسردگی را در این سال تجربه کرده‌اند (انجمن سلامت جهانی⁴، 2012).

امروزه مسأله وجودی و جست‌وجوی معنای زندگی، مردم را بیش از مسائل جسمی رنج می‌دهد (فرانکل⁵، 1986). در نگاهی به قرن 21، فرانکل (1967) اظهار می‌دارد، بحران شایعی که طیف وسیعی از مردم از آن رنج می‌برند، این است که زندگی آنها تهی از معناست. او این بحران را خلأ وجودی نام نهاد. گاتمن⁶ (1996) هم‌رأی با فرانکل شرح می‌دهد خلأ وجودی که به‌طور مضاعفی در این عصر رایج شده و حلقه‌های بزرگی از نسل جوانان را احاطه کرده است، با بی‌تفاوتی، ملال و دزدگی و کمبود انگیزه برای پیشرفت نمایان می‌شود. به هنگام خلأ وجودی افراد به دنبال راه‌هایی برای پر کردن فضاهای خالی می‌گردند و به‌سرعت نسبت به علایمی مانند افسردگی و سایر مشکلات، آسیب‌پذیر می‌گردند (فرانکل، 1984).

افسردگی و ناامیدی از مظاهر بی‌معنایی زندگی هستند. فرانکل برخی روان‌نژندی‌ها را نتیجه ناتوانی بیمار در پیدا کردن معنا و مسؤولیت در زندگی خویش می‌داند. نیافتن معنایی در زندگی که زیستن را توجیه کند، موجب این بی‌قراری‌ها و پریشان‌حالی‌هاست. انسان‌های معتقد در زندگی کارفرمایی را تجربه می‌کنند که حکم انجام وظیفه برایشان صادر کرده است. پس هستی خویش را نه فقط براساس مسؤولیت برای ارضای وظایف زندگی توجیه می‌کنند، بلکه در برابر کارفرما نیز مسؤول هستند (فرانکل، 1986).

فرانکل در اردوگاه کار اجباری، خطاب به زندانیان می‌گوید: هر یک از ما باید از خود بپرسیم تاکنون چه

چیزهایی را از دست داده‌ایم که غیرقابل بازگشت است؟ هر کسی که هنوز زنده است، دلیلی برای امیدوار بودن دارد. سلامت، خانواده، خوشبختی، توانایی حرفه‌ای، ثروت، موقعیت اجتماعی و... را بار دیگر می‌شود به‌دست آورد. زندگی در هر شرایطی نمی‌تواند بی‌معنا باشد و این معنای بی‌پایان زندگی، رنج و محرومیت و مرگ را نیز در بردارد. در این ساعات دشوار، دوستی، همسری، یک مرده یا یک زنده و یا خدا، چشم به ما دوخته است و انتظار ندارد نومیدش کنیم. او امیدوار است که بیند سرافراز رنج ببریم نه با بدبختی و خفت. انسان وقتی ناگهان احساس می‌کند که چیزی برای از دست دادن جز بدن مسخره برهنه‌اش ندارد، چه می‌کند؟ این کنجکاو سرد به‌جا مانده‌ای است که انسان را متوجه سرنوشت خود می‌کند! به‌کار بستن شگردهایی برای حفظ باقی‌مانده زندگی (فرانکل، 1984)!

لوگو تراپی⁷ پیشنهاد می‌نماید که: الف- انگیزه اولیه و ناخودآگاهی که در انسان وجود دارد، معناجویی است. ب- افسردگی، ناامیدی و سایر اختلالات روانی اغلب به‌دلیل عدم توانایی فرد در شناسایی و تحقق معنایی با ارزش در زندگی به وجود می‌آیند (براون و رمانچوک⁸، 1994). در واقع معنادرمانی گروهی تلاشی است برای به‌کار بردن و کنکاش مباحث وجودی در فرایند گروهی (سامو⁹، 2007).

بررسی متون پژوهش نشان می‌دهد که به‌کارگیری روش‌های معنادرمانی، افسردگی را کاهش می‌دهد و نیز سبب افزایش امید در زندگی می‌شود. برای مثال بلر¹⁰ (2004) اثربخشی معنادرمانی را بر جوانان افسرده بررسی کرد. تمرکز درمان بلر بر آغاز نمودن و پیگیری جست‌وجوی معنا در جوانان افسرده بود. او فرایند کشف معنا را با حمایت عاطفی شروع نمود و برای فرا خواندن اطلاعات مربوط به قدرت‌ها و استعدادها، بیمارانش از دیالوگ سقراطی استفاده کرد. بلر بر پاسخ‌هایی از جوانان افسرده که الهام‌بخش‌تر بودند تمرکز نموده و به آنان در تعیین علل افسردگی و منحصر به فرد بودن معنای نهفته پشت آن کمک کرد. او برای کمک به کشف معنا، نوشتن نامه‌ای به افسردگی را به‌عنوان راهی برای آغاز کردن فهم پیغام نهفته در آن پیشنهاد می‌کند و برای قالب‌بندی دوباره افسردگی و نیز برای درس گرفتن از آن، نوشتن نامه دوم را از نظر افسردگی خطاب به شخص افسرده پیشنهاد می‌نماید. وقتی معنا کشف شد بلر، جوانان افسرده را به پیگیری تحقق آن معنا ترغیب می‌نماید.

1. Martin Seligman
3. Hawton
5. Frankl
7. Logotherapy
9. Somov

2. Allen-Meares
4. World Health Organization
6. Guttman
8. Brown & Romanchuk
10. Blair

جدول کرجسی و مورگان³ (1970)، 506 نفر (به‌عنوان نمونه اولیه) انتخاب شدند و مورد آزمون قرار گرفتند. از این 506 نفر، 121 نفر نمره بالا در پرسشنامه افسردگی بک کسب نمودند که از بین این 121 نفر، درنهایت 40 نفر (20 دختر و 20 پسر) که نمره بالا در پرسشنامه افسردگی بک و نمره پایین در مقیاس امید میلر کسب نمودند، به‌طور تصادفی به‌عنوان نمونه نهایی و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش برگزیده شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک⁴ (فرم 13 ماده‌ای)، (BDI): پرسشنامه 13 ماده‌ای افسردگی بک (بک، 1972) از نوع خودآزمایی است. هر پرسش دارای چهار گزینه است که نمره‌های آن، 0، 1، 2 و 3 می‌باشد. نمره فرد حاصل جمع کل نمره‌هایی است که از پرسش‌ها به‌دست می‌آورد. هر پرسش چهار گزینه برای پاسخگویی دارد که نمره‌های آن، 0، 1، 2 و 3 می‌باشد. برای اجرای این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می‌شود تا سؤال‌ها و گزینه‌های هر سؤال را به دقت بخواند، سپس از هر سؤال، گزینه‌ای را انتخاب کند که بهتر از همه احساس کنونی او را بیان می‌کند. از آنجا که در هر سؤال، بالاترین نمره 3 است و تعداد ماده‌ها 13، بنابراین حداکثر نمره در این پرسشنامه 39 است. برای نمونه سؤالی که برای سنجش میزان غمگینی است از این قرار است: 0. من احساس غمگینی نمی‌کنم. 1. من خیلی اوقات احساس غمگینی می‌کنم. 2. من همیشه غمگین هستم. 3. من به قدری غمگین هستم که نمی‌توانم تحمل کنم. ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ⁵، 0/76 و با مقیاس افسردگی ام.ام.پی.آی، 0/74 است و قابلیت پایایی این پرسشنامه برحسب فاصله زمانی بین 2 آزمون و نوع جمعیت مورد مطالعه، از 0/48 تا 0/86 گزارش شده است (بک، استیر و گاربن⁶، 1988). فتحی (1385) با اجرای این پرسشنامه روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان شهر اهواز با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی 0/89 و از روش تنصیف، ضریب پایایی 0/87 را گزارش داده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر، 0/83 به‌دست آمد. **مقیاس امید میلر⁷ (MHS):** مقیاس امید میلر (میلر و پاورز، 1988) از نوع آزمون‌های تشخیصی و شامل 48 جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است که ماده‌های قید شده

آنگار¹ (2002) یک شیوه معنادرمانی برای اختلال افسردگی پیشنهاد کرده است. شیوه او شامل سه مرحله تشخیص، درمان و پیگیری بود. آنگار اذعان می‌دارد که روش درمان مبتنی بر معنادرمانی، درمانگران را قادر می‌سازد تا فراتر از توصیف علامتی افسردگی پیش بروند. او می‌گوید در حالی که دارودرمانی در درمان افسردگی درون‌زاد نقش مهمی دارد، درمان جسمی - روانی و درمان حمایتی از طریق تغییر نگرش‌های مبتنی بر معنادرمانی، در ایجاد و ترغیب جست‌وجوی معنای زندگی در درمانجویان بسیار مفید خواهد بود.

نیکنامی (1385) اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی فرانکل را بر کاهش ناامیدی نوجوانان 13 تا 18 ساله هنرستان آزادگان شهر سقز بررسی نمود. نتایج حاصل از پژوهش وی نشان داد که مشاوره، گروهی به شیوه معنادرمانی به‌طور معنی‌داری بر کاهش ناامیدی نوجوانان مؤثر است.

از آنجا که اغلب اختلالات دوره نوجوانی و دانشجویی به‌صورت افسردگی بروز می‌کند (ویت و دیاک²، 2007)، ضرورت ایجاد می‌نماید که با استفاده از روش‌های درمانی و مداخله‌ای، نسبت به رفع علائم افسردگی و افزایش امید در جوانان، تدابیری اندیشیده شود. امید است نتایج حاصل از این پژوهش بتواند مورد استفاده سازمان جوانان، مراکز مشاوره، دانشگاه‌ها و سایر سازمان‌های وابسته قرار گیرد. این پژوهش به بررسی میزان تأثیر معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در دانشجویان جوان اختصاص یافته است. با توجه به هدف پژوهش حاضر و پیشینه تحقیقاتی در این زمینه، فرضیه‌های زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفت:

- 1- معنادرمانی به‌شیوه گروهی باعث کاهش افسردگی و افزایش امید دانشجویان می‌شود.
- 2- معنادرمانی به شیوه گروهی باعث تداوم کاهش افسردگی و افزایش امید دانشجویان در مرحله پیگیری یکماهه می‌شود.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش همه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، در نیمسال دوم سال تحصیلی 1386-87 بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای، از جامعه مورد پژوهش، براساس

1. Ungar

3. Kerjcie & Morgan

5. Zung depression self- evaluation

7. Miller Hope Scale

2. Voigt & Diac

4. Beck Depression Inventory

6. Beck, Steer & Garbin

پژوهشگر و دستیار وی به‌عنوان تسهیلگر گروه تشکیل و محتوای جلسات پژوهش با تکیه بر اصول نظری و فنون معنادرمانی و در چارچوب طرح درمانی هوتزل¹ (2002)، در ده جلسه طراحی گردید. شرح مختصری از جلسات معنادرمانی گروهی به این صورت است: **جلسه اول:** معرفی اعضا، ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد معنادرمانی، پرسش‌های مرتبط با معنادرمانی، توضیح فن آگاهی از ارزش‌ها، تمرین گروهی: «آنچه می‌خواهم باشم»، تکلیف خانه: آغاز نمودن به کشف ارزش‌های خلاق. **جلسه دوم:** شفاف‌سازی ارزش‌های خلاق بحث درباره پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه، توزیع برگه ارزش‌ها، تمرین گروهی: دستاوردهای ارضاکنده، تکلیف خانه: کامل کردن کشف ارزش‌های خلاق، تکلیف خانه: آغاز اکتشاف ارزش‌های تجربی. **جلسه سوم:** شفاف‌سازی ارزش‌های تجربی بحث درباره پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه، تمرین گروهی: رویدادهای اخیر، تمرین گروهی: مردم و افراد مثبت، تمرین گروهی: نمایش‌های هنری، بحث: استقلال در مقابل وابستگی، تکلیف خانه: کامل کردن اکتشاف ارزش‌های تجربی، تکلیف خانه: شروع به اکتشاف ارزش‌های نگرشی. **جلسه چهارم:** شفاف‌سازی ارزش‌های نگرشی بحث درباره پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه، تمرین گروهی: گفته‌های حکیمانه، تمرین گروهی: آگهی فوت من، تکلیف خانه: کامل کردن کشف ارزش‌های نگرشی، تکلیف خانه: ساختن سلسله‌مراتبی از ارزش‌ها. **جلسه پنجم:** تمرکز بر اهداف بحث درباره پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه، گسترش دادن: سلسله‌مراتب ارزش‌ها، تمرین گروهی: تعیین هدف‌ها، تمرین گروهی: دیدگاه‌های متفاوت نسبت به اهداف، بحث گروهی در مورد دو تمرین اهداف کامل شده. **جلسه ششم:** متناسب کردن اهداف با ارزش‌ها، بحث درباره پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه، تحلیل اهداف به‌منظور متناسب بودن با ارزش‌های شخصی (اهداف کوتاه‌مدت، متوسط و بلندمدت)، توضیح دادن: اهمیت تجربه شدن تمامی ارزش‌های فرد به کمک خودش، تکلیف خانه: شرکت‌کنندگان اهدافشان را تحلیل می‌کنند و از ارزش‌های رها شده خود آگاهی می‌یابند. **جلسه هفتم:** تعیین اهداف جدید بحث درباره پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه، در معرض نمایش قرار دادن: تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های رها شده (اهداف کوتاه‌مدت، متوسط و بلندمدت)، بحث: نظرات مرتبط با موضوع تعیین هدف‌های جدید، شرکت‌کنندگان یک هدف

در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، عبارتی بدین شرح نوشته شده‌اند (بسیار مخالف، مخالف، بی‌تفاوت، موافق و بسیار موافق). نمونه‌ای از سؤالات این مقیاس به این شرح است: من به آینده امیدوار هستم و... هر فرد با انتخاب یکی از عبارات بالا در هر سؤال که در رابطه با او صدق می‌کند، امتیازی کسب می‌کند. جمع امتیاز کسب شده، مبین امیدواری یا ناامیدی است. در این آزمون دامنه امتیازات کسب شده، حداقل 41 و حداکثر 205 می‌باشد، به این ترتیب، چنانچه فردی امتیاز 41 را کسب نماید، کاملاً درمانده تلقی می‌شود و کسب نمره 205، بیانگر حداکثر امیدواری است. 12 جمله از جملات این پرسشنامه از ماده‌های منفی تشکیل شده که عبارت‌اند از: 11، 13، 16، 18، 25، 27، 28، 31، 33، 34، 38 و 39. در نمره‌گذاری، این جملات برعکس نمره می‌گیرند. حسینیان (1386) برای تعیین روایی این مقیاس از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/0001$; $r = 0/61$). وی برای تعیین اعتبار پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به ترتیب، ضرایب آن برابر با 0/90 و 0/89 بود. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، 0/88 به‌دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: پس از نمونه‌گیری، برای اطمینان از حصول نمونه واجد شرایط، ابتدا برای هر یک از افراد گروه آزمایش، جلسه‌ای انفرادی در مرکز مشاوره دانشگاه برای انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته در تشخیص اختلالات محور 1 و 2 و مطرح کردن اهداف درمانی ترتیب داده شد. گفتن این نکته ضروری است که مراجعان نباید چهار ماه از قبل ورود به درمان، داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی مصرف کرده باشند. پس از احراز تشخیص افسردگی، ملاک‌های زیر رعایت شدند تا نمونه واجد شرایط برای درمان برگزیده شود: 1. قبلاً هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرده باشد، 2. اختلال شخصیت شدید نداشته باشد. پس از به توافق رسیدن برای شرکت در گروه، قرارداد کتبی درمانی به منزله تعهد در شرکت در تمامی جلسات نوشته شد و کتاب انسان در جست‌وجوی معنای فرانکل به آنها اهدا گردید و از آنان خواسته شد که تا جلسه اول روان‌درمانی گروهی یعنی یک هفته پس از جلسه انفرادی، کتاب را مطالعه نمایند. جلسات معنادرمانی گروهی در اتاق جلسات مشاوره گروهی دانشکده روان‌شناسی با حضور

مورد چگونگی وارد کردن محاسن و معایب، در طرح برنامه‌هایشان با دیگران در میان می‌گذارند، گروه چه خط سیری داشته است؟ هرگونه اظهار نظری در مورد گروه، بحث گروهی: هرگونه تغییری که مشارکت‌کنندگان به واسطه شرکت در جلسات در خود می‌بینند، نقد: اعضای گروه، گروه و روند آن را مورد نقد قرار می‌دهند، ارائه یادبود به هر یک از اعضا. پس از این ده جلسه، دو گروه آزمایش و گواه، با استفاده از پس‌آزمون و پیگیری یکماهه مورد سنجش قرار گرفتند. در پایان، داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 تحلیل گردید.

یافته‌ها

در جدول 1 و 2 میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افسردگی و امید ارائه شده است. میانگین نمره‌های افسردگی و امید گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری تغییر چشمگیری کرد در حالی در گروه گواه، تغییر محسوسی نداشت.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون افسردگی و امید آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه، با بررسی پیش‌آزمون در جدول 3 آورده شده است.

جدول 1- میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افسردگی در آزمودنی‌های دو گروه

شاخص آماری	گروه آزمایش	گروه گواه
تعداد	20	20
میانگین	پیش‌آزمون	14/3
	پس‌آزمون	6/05
	پیگیری	4/7
انحراف معیار	پیش‌آزمون	3/48
	پس‌آزمون	2/012
	پیگیری	2/6

جدول 2- میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری امید در آزمودنی‌های دو گروه

شاخص آماری	گروه آزمایش	گروه گواه
تعداد	20	20
میانگین	پیش‌آزمون	65/9
	پس‌آزمون	120/95
	پیگیری	127/95
انحراف معیار	پیش‌آزمون	4/919
	پس‌آزمون	8/525
	پیگیری	8/556

کوتاه‌مدت، متوسط و بلندمدت جدید را تعیین و ارزشیابی می‌کنند. جلسه هشتم: برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف، بحث گروهی در مورد نتایج تکلیف خانه: هر شرکت‌کننده اهداف جدیدش را با دیگران در میان می‌گذارد، طرح دستیابی به هدف (هدف کوتاه‌مدت، متوسط و بلندمدت): الف. برنامه‌ریزی، ب. اجرا، ج. ارزشیابی، د. تنظیم و تعدیل. بحث: نظرات مرتبط با موضوع برنامه‌ریزی به‌منظور تحقق اهداف. تکلیف خانه: شرکت‌کنندگان برای هر یک از اهداف کوتاه‌مدت، متوسط و بلندمدت، برنامه (طرح) دستیابی به هدف ارائه می‌نمایند. تکلیف خانه: نوشتن قسمت اول سناریوی زندگی خویش (از بدو تولد تا لحظه حاضر). جلسه نهم: تحلیل وضعیت جاری بحث گروهی هر شرکت‌کننده سه هدفی را که برای تحقق آنها برنامه‌هایی را طرح نموده است با دیگران در میان می‌گذارد، تمرین گروهی: محاسن و معایب، بحث گروهی: ما در موقعیتی قرار داریم که تغییر یا عدم تغییر را انتخاب می‌نماییم، بحث: تغییر و تعدیل محاسن و معایب، تکلیف خانه: محاسن و معایب خود را توصیف کنید، تکلیف خانه: محاسن و معایب خود را در طرح برنامه‌ها وارد نمایید، تکلیف خانه: نوشتن قسمت دوم سناریوی زندگی خویش (از حال تا آینده). جلسه دهم: شرکت‌کنندگان مثل‌هایی را در

مندرجات جدول 3 نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته (در سطح $P<0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی و امید) بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول 4 درج شده است. با توجه به مندرجات جدول 4، تفاوت بین گروه آزمایش

گواه (در سطح $P<0/001$) معنی‌دار است. میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش کمتر از گروه گواه و میانگین نمرات امید در گروه آزمایش بیشتر از گروه گواه بود. به عبارت دیگر معنادرمانی گروهی سبب کاهش افسردگی و افزایش امید آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است و فرضیه یک تأیید شد. جدول 5 نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پیگیری افسردگی و امید آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه، با بررسی پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول 3- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون افسردگی و امید آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه، با بررسی پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلا	0/949	3/234	2	35	$P<0/001$

جدول 4- نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تأثیر معنادرمانی بر افسردگی و امید در پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	مجذورات F	سطح معنی‌داری
افسردگی	805/152	1	805/152	198/689	$<0/001$
امید	28494/93	1	28494/93	591/481	$<0/001$

جدول 5- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پیگیری افسردگی و امید آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه، با بررسی پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلا	0/960	4/205	2	35	$P<0/001$

جدول 6- نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تأثیر معنادرمانی بر افسردگی و امید در پیگیری‌های گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	مجذورات F	سطح معنی‌داری
افسردگی	1192/353	1	1192/353	262/302	$P<0/001$
امید	38221/02	1	38221/02	805/966	$P<0/001$

همان‌طور که در جدول 5 مشاهده می‌شود تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در پیگیری، از نظر نمرات افسردگی و امید (در سطح معنی‌داری $P < 0/001$) معنی‌دار است به این معنا که بین دو گروه آزمایش و گواه، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته افسردگی و امید، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول 6 درج شده است.

بر اساس جدول 6، تفاوت بین گروه آزمایش و گواه (در سطح $P < 0/001$) معنی‌دار است. میانگین نمرات افسردگی در دوره پیگیری در گروه آزمایش کمتر از گروه گواه و میانگین نمرات امید در گروه آزمایش بیشتر از گروه گواه بود. به عبارت دیگر معنادرمانی گروهی سبب تداوم کاهش افسردگی و افزایش امید آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است و فرضیه دوم پژوهش تأیید شد.

بحث

این پژوهش که با هدف بررسی و تعیین تأثیر معنادرمانی گروهی بر افسردگی و امید اجرا شد، نشان داد که معنادرمانی گروهی باعث کاهش افسردگی و افزایش امید می‌گردد (جدول 3 و 4). یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های انجام شده دیگر درباره کارآمدی معنادرمانی بر افسردگی و امید هماهنگ است و یافته‌های آنها را مورد تأیید قرار می‌دهد (برای مثال نیکنامی، 1385؛ حسینیان، 1386؛ آنگار 2002؛ هوتزل، 2002 و بلر، 2004). نتایج به‌دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که معنادرمانی، احیای معنا برای زندگی جوانانی است که از افسردگی و ناامیدی رنج می‌برند، زیرا آسیب روانی به‌ویژه افسردگی، هنگامی به‌وجود می‌آید که معنایی با شکست روبه‌رو شود. در معنادرمانی به فرد کمک می‌شود تا با قرار دادن خود در بافتی بزرگتر، فلسفه‌ای از زندگی را مبنی بر اینکه فرد برای وجود و حیاتش مسئول است، به‌دست بیاورد. در واقع معنادرمانی روشی مؤثر برای واژگون کردن تجربه افراد از افسردگی در دنیای معاصر است. این پیام معنادرمانی که می‌گوید تحت هر شرایطی با پذیرش مسئولیت زندگی و تحقق معنایی می‌توان مفهومی از شایستگی و لیاقت را به‌دست آورد، در نوع خود بی‌نظیر است (دیوینسن، نیل و کرینگ، 2004). فرانکل (1986) می‌گوید: همه چیز؛ یأس، افسردگی، ناامیدی، مشکلات، رنج کشیدن و... ممکن است معنا یابد و تحولی عمیق ایجاد نماید و شخص را نه فقط به حالت قبل از بیماری، بلکه به حالتی کاملاً قوی و متحول تبدیل کند. در عوطف انسان نوعی فرزادگی بالاتر از

منطق نهفته است. جوانان اغلب برای خودآگاهی و کسب هویت شخصی در کشمکش‌اند، زیرا نیروهای متعارضی آنها را احاطه کرده است (زاسترو و کریست اشمن، 1997). بسیاری از آنها کمبود معنا را در زندگی خویش احساس می‌کنند. در توجه به این بحران، نقش معنادرمانگر، کم کردن این خلأ وجودی به واسطه کمک به آنها در کشف کردن، آشکار کردن و استفاده از معانی و توانایی‌های معنا در زندگی‌شان است. همچنان که آنها توانایی کشف معنا در موقعیت‌ها و شرایط خود را پیدا کرده، آن معنا را ادامه داده و پیگیری می‌کنند، نتیجه این می‌شود که مشکلات از ادراک آنان برطرف شده و اغلب کم یا ناپدید می‌گردد (فرانکل، 1967؛ گاتمن، 1996؛ لانتز و آلفرد، 1995). از سوی دیگر زمانی که آنها معنایی را در اینجا و اکنون کشف می‌کنند، این معنا به‌عنوان چراغی برای راهنمایی آنها و به‌کار انداختن رشد شخصی‌شان، به آنها خدمت می‌نماید (فرانکل، 1967) با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر معنادرمانی گروهی بر افسردگی و امید می‌توان استدلال کرد که اگر افسردگی و ناامیدی تشخیص داده شود، معنادرمانی گروهی برای چنین افرادی، درمانی مناسب و انتخابی خواهد بود. از طرفی به نظر می‌رسد تدارک برنامه‌هایی جامع و فراگیر برای پیشگیری، ارزیابی و درمان افسردگی و ناامیدی و نیز دانش‌افزایی غنی و پر بار در زمینه معنادرمانی می‌تواند برای دانشجویان بسیار مثمرتر بوده و نقش پیشگیری اولیه (علاج واقعه قبل از وقوع) در سطح دانشگاهها داشته باشد و می‌تواند موضوع پژوهش‌های آتی قرار گیرد.

در پایان باید گفت که هر فعالیت پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و این پژوهش نیز از این قاعده مستثنی نیست. محدودیت اول اینکه در این پژوهش امکان بررسی کامل متغیرها (مانند وضعیت فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و...) وجود نداشت. از طرفی با توجه به اینکه پژوهش حاصل روی دانشجویان انجام گرفته، نتایج حاصل از آن قابل تعمیم به گروه‌های سنی دیگر نیست. از آنجا که این پژوهش بر روی دانشجویان انجام گرفته، نتایج حاصل از آن، قابل تعمیم به غیردانشجو نمی‌باشد. و در نهایت به رغم اینکه پژوهش بر روی دانشجویان صورت گرفته، نتایج حاصل از آن، با احتیاط به دانشجویان غیر شهر اهواز قابل تعمیم است. محدودیت دیگر اینکه چون حجم گروهها کوچک بود و توان آماری محاسبه نگردید، لذا لازم است این تحقیق روی گروه‌های بزرگتر تکرار شود.

منابع

- حسینیان، ا. (1386). بررسی اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بیمارستان شفاى شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اهواز.
- فتحی، ک.، و مهربانی‌زاده هنرمند، م. (1385). بررسی میزان افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و تحصیلات والدین به‌عنوان پیشبین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز، مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی. شماره 3، 45-23.
- نیکنامی، م. (1385). اثربخشی مشاوره گروهی به روش معنادرمانی (فرانکل) بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین 13-18 ساله هنرستان آزادگان سقز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی.
- هاوتون، ک. (1942). رفتاردرمانی شناختی. ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند، 1385.
- Allen-Meares, P. (1995). Children: Mental health. In R.L. Edwards (Ed.), *Encyclopedia of social work (19th ed., pp. 460-464)*. Washington DC: National Association of Social Workers.
- Beck, A.T. & Beck, R.W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapid technique, *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation, *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Blair, R.G. (2004). Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of Mental Health Counseling*, 26, 333-347.
- Brown, J.A., & Romanchuk, B.J. (1994). Existential social work practice with the aged: Theory and practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 23, 49-65.
- Davinson, C.G; Neal, J.M. & Kring, A.M. (2004). *Abnormal psychology (Ninth Edition)*. New York: John Wiley & sons, INC.

- Frankl, V.E. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy (2n ed.)*. New York: Vintage Books.
- Frankl, V.E. (1984). *Man's search for meaning (3rded.)*. New York: Simon & Schuster.
- Frankl, V.E. (1967). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy*. New York: Simon & Schuster.
- Guttmann, D. (1996). *Logotherapy for the helping professional: Meaningful social work*. New York: Springer.
- Hutzell, R.R. (2002). A general course of group logoanalysis. *Joernaal/Journal: Viktor Frankl Foundation of South Africa*, 7, 15-26.
- Kerjcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). *Determining sample size for research. Educational and Psychological Measurement*, 30.
- Lantz, J., & Alford, K. (1995). Existential family treatment with an urban-Appalachian adolescent. *Journal of Family Psychotherapy*, 6, 15-28.
- Miller, J.F., & Powers, M.J. (1988). *Development of an instrument to measure hope. Nursing research*, 37, 6-10.
- Somov, Pavel, G. (2007) 'Meaning of Life Group: Group Application of Logotherapy for Substance Use Treatment', *The Journal for Specialists in Group Work*, 32: 4, 316-345.
- Ungar, M. (2002). A logotherapy treatment protocol for major depressive disorder. *The International Forum for Logotherapy*, 25, 3-10.
- Voigt, M.A., & Diac, M. (2007). *A Gestalt therapeutic program to enhance the wellbeing of the diabetic child*. Doctoral thesis, University of South Africa.
- World Health Organization, Sixty-fifth world health assembly 2012. <http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html> Accessed 16.6.20120
- Zastrow, C., & Krist-Ashman, K.K. (1997). *Understanding human behavior and the social environment (4thed.)*. Chicago: Nelson-Hall.