

اثر بخشی معنادرمانی به شیوهی گروهی در افسردگی
بیماران مولتی پل اسکلروزیس (ام.اس.)

Effect of Group Logotherapy On Depression In Multiple Sclerosis Patients

همارضه
homa rezaei, MS
khatam university
دانشگاه خاتم

Abdolah Shafi

دکتر عبدالله شفیع آبادی

Abadi, Ph.D

khatam university

دانشگاه خاتم

چکیده

هدف این پژوهش کاهش افسردگی افراد دچار به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (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. مفهومی 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 معنی دار گروه درمانی به شیوهی معنی درمانی در کاهش افسردگی بیماران ام.اس. است. بر اساس این پژوهش پیشنهاد می شود برای کاهش افسردگی بیماران ام.اس. چندانکه از مشاورهی گروهی به شیوهی معنادرمانی بهره گرفته شود.

کلید واژه ها: " افسردگی، بیماری مولتی پل اسکلروزیس، معنی درمانی گروهی"

مقدمه

افسردگی یکی از نابسامانیهای بنیادین روانی است (مهریار، 2222). حالتی است که بر احساسات، افکار، رفتار، و سلامت جسمانی فرد تاثیر ژرفی گذاشته (سالمانز¹، ترجمه: خلخالی زاویه، 2222) و چگونگی ادراک او از خود و محیطش را دگرگون

¹. Salmans, S

می‌سازد (کاپلان و سادوک¹، ترجمه: پورافکاری، 5555). این دگرگونی تا اندازه‌ای است که وی در کنترل خود و پیرامونش، احساس درماندگی می‌کند (سلیگمن²، 5555). فرانکل³ 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، 2222). یکی از بیماری‌هایی که به دلیل ماهیت کم توان کننده‌اش می‌تواند فرد را به افسردگی برساند، مولتی‌پل اسکلروزیس (ام.اس.) (آبراموویتز⁴، ترجمه: همت خواه، 4444). این بیماری یکی از قدیمی‌ترین و در عین حال مهم‌ترین بیماری مغز و نخاع است (بردلی، داروف، فنیکل، و مارسدن⁵، 4444) که با دوره‌های پیشرونده‌ی کاهش و افزایش بیماری، علایم سه‌گانه‌ی آسیب‌زا شامل التهاب⁶، از بین رفتن پوشش عصبها⁷ (میلین⁸)، و جراحی⁹ دستگاه اعصاب مرکزی¹⁰ تشخیص داده می‌شود (هاسر و گودین¹¹، 5555). 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 داروهای که در درمان به کار می‌روند از جمله دلایل افسردگی در بیماران ام.اس. است (آبراموویتز، ترجمه: همت خواه، 4444) 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 رادولف¹²، 6666). شدت افسردگی بیمار بر کیفیت زندگی، توانمندی‌های بدنی (پیشن، دبوری، گلیمن، و وندنبرگ¹³، 6666)، سویه‌های شناختی، و بازگشت دوباره‌ی بیماری (لوپز، پرز، بارکو، و ریبال¹⁴، 4444) تاثیر 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 ناهمانند است (کرونک، لینچ، و دنی¹⁵، 0000). 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 شتتز¹⁶، 4444) و همین امر سبب می‌شود با آغاز حمله‌ی دیگر بیماری فرد به درمان دارویی گسترده‌تر و

1. Kapkan, H.& Sadock, B

2. Seligman, M. E. P

3. Frankl, V

4. Abromovitz, M

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

6. Inflammation

7. Demyelination

8. Myelination

9. Scarring

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

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

12. Arnel, P.A. & Radolph, J.J

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

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

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

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

حتي بستري درازمدتتر نياز داشته باشد (پاتن و متز¹، 2222).
چنين آسيبهاي گسترده اي مي توانند در افزايش افسردگي فرد سهم
بمزايي داشته باشند که با افزايش افسردگي خطر اقدام به
خودکشي با هدف پايان دادن به اين دشواريها نيز افزايش
مي يابد (مختاري، 4444). انجمن حمايت از بيماران ام.اس.² (6666)
در گزارش هاي خود بيان کرد که خطر خودکشي در بيماران ام.اس.
به طور معمول 7/7 برابر بيشتر از جمعيت عادي است. افکار
خودکشي در بيماران ام.اس. ايراني 00 درصد است که از اين ميان
اقدام به خودکشي 5 برابر بيشتر از جمعيت عادي است و اين
ميزان به ويژه در 5 سال نخست بيماري و در سنين 00 تا 00 سال
نمايان مي شود (ملکوتي، 5555). از اين رو توجه جدي به دشواريهاي
بيماران به ويژه افسردگي ايشان ارزنده مي نمايد.
آن چه آشکار اين است که گزينش هدف و يافتن معني در زندگي
مي تواند به بيمار کمک کند تا بر اضطراب، افسردگي، و نا
اميدي خود چيره شود (جمالي، 1111؛ فرانکل، ترجمه: تبريزي و
علوي نيا، 4444 و فرانکل، ترجمه: صالحيان و ميلاني، 5555). اما
از آنجايي که شيوه هاي رويارويي با افسردگي اين بيماران
ناهمانند است و پژوهش هاي کمي (به ويژه در ايران) در زمينه ي
سودمندي معنادرماني در کاهش افسردگي بيماران ام.اس. انجام
شده است، پژوهش کنوني با هدف کاهش افسردگي بيماران ام.اس.
بر آن است تا سودمندي شيوه ي معنادرماني فرانکل را در کاهش
افسردگي بررسي نمايد.

مرور پيشينه

يالوم و وينوگرادو³ (8888)، ناگاتا⁴ (3333)، بور، کميني، تيلور،
و فاي⁵ (8888)، وندر، اورس، جانگن، و بليجنبرگ⁶ (3333)،
لي⁷ (6666)، روديني (6666) هزاروسي (4444)، و شيخ پور (5555) هر
کدام از سويه هاي مختلف به بررسي افسردگي در بيماران جسمي و
شيوه هاي مقابله با آن پرداخته اند.

وندر و همکارانش (3333) نشان دادند که نااميدي به طور
فزاينده اي در افزايش افسردگي و دشواريهاي عصبي بيماران
ام.اس. تاثير دارد. اين پژوهشگران مداخلات روان شناختي با
هدف افزايش اميد، معني، و هدف در زندگي را پيشنهاد کرده اند.

يالوم و وينوگرادو (8888) در پژوهش خود گزارش کردند که
بيماران سرطاني با شرکت در نشست هاي روان درماني گروه ي وجودي
به تصوير سازي از مرگ خود مي پردازند و پرداختن به نگرش خود
نسبت به مرگ در گروه سبب مي شود که فرد به زندگي با افکار
نوين و ديد بهتري بنگرد.

ناگاتا (3333) مداخله ي گروه ي معنادرماني را براي بيماران
دچار به دردهاي مزمن انجام داد. در اين پژوهش تاثير
معنادرماني بر کارکردهاي جسمي (ترشح ميزان برخي هورمون هايي
که در کارکرد بهينه ي بدن نقش دارند) بررسي شد. نتايج نشان
داد که معنا درماني شيوه اي سودمند در کارکردهاي جسمي انسان

1. Patten, S.B. & Mets, L.M

2. MS Patients Supportive Society

3. Yalom & vinograd

4. Nagata, A

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

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

7. Lee. C.H

است. باور و همکاری‌اش، 4444 (به نقل از رودینی، 6666) به بررسی مداخلات روان درمانی در پایان زندگی با تاکید بر معنایابی و معنویت پرداختند. وبه درمانگران پیشنهاد کردند در برخورد با این افراد شیوه‌ی معنادرمانی فرانکل را به کار بگیرند.

بور و همکاری‌اش (8888) به بررسی نقش معنایابی در پاسخ به فشارهای ناشی از بیماری ایدز پرداختند. براینند 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 (6666) نیز بیانگر سودمندی معنا درمانی در خودشکوفایی 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 (6666) 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. هزاروسی (4444) و شیخ پور (5555) 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 داده گیری

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.

روش گزینش و گمارش داده‌بخشان (آزمودنی‌ها)

جامعه‌ی پژوهشی این پژوهش، مجموعه‌ی 0000 بیمار دچار به بیماری ام.اس. در شهر تهران بوده است. نهادهایی که در شهر تهران به این 0000 بیمار خدمت می‌کنند، عبارتند از انجمن حمایت از بیماران ام.اس.، مرکز جامع سباء و مراکزهای خصوصی درمان متخصصین مغز و اعصاب (لطفی، 6666) که از این میان مرکز جامع سباء با 000 بیمار به روش تصادفی گزینش شد. از میان بیماران مرکز سباء زیر مجموعه‌ای به روش زیر برگزیده شد.

نخست با هماهنگی رئیس مرکز، پرونده‌ی بیماران ارزیابی شد. از میان پرونده‌ی 000 بیمار، 333 نفر از زنان 00 - 00 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، 4444) بود. چرایی در نظر گرفتن پیش‌بایسته‌های سواد

آموزشگاهی و نداشتن آسیب‌های شناختی و جسمی این بود که همکاری با پژوهش‌نیازمند برخورداري از سواد آموزشگاهی و نداشتن دشواری‌های شناختی (هوشی) و جسمی (کاربرد دست‌ها) است.

با این گروه 333 نفره در طول 55 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. 00 نفری که پذیرای این فراخوان شدند در زمینه‌ی افسردگی سنجش شدند و بر پایه‌ی ارزش‌های به دست آمده، 44 نفری که بیشترین میزان افسردگی را نشان داده بودند به همکاری دعوت شدند. این 44 تن به شیوه‌ی هم‌تا سازی در دو گروه 22 نفره جای گرفتند. ارزش‌های پیش‌آزمون به ترتیب از بیش به کم کنار هم چیده شدند و سپس از بالاترین ارزش، دو تا دو تا گزینش شده و به روش بخت‌گزیده در دو گروه جایگزین شدند. این کار تا جایی ادامه یافت که در هر گروه 22 نفر جایگزین شدند.

گروه آزمایش به مدت 00 هفته، هفته‌ای یک نشست شصت تا نود دقیقه‌ای در نشست‌های گروهی معنی درمانی شرکت کردند و گروه کنترل در دوره‌ی نشست‌های گروهی از فرایند درمان دور نگه داشته شد. پس از پایان یافتن نشست‌های گروهی، پس‌آزمون 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 00 نفر کاهش یافت. اشاره به هدف‌ها و فعالیت‌های انجام شده در گروه به گونه‌ای گذرا بایسته می‌نماید.

برنامه‌ی معنی درمانی 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 مفهوم‌های بنیادین معنی درمانی	بیان فشرده‌ای از شرح حال فرانکل و باورهای بنیادین معنی درمانی
نشست سوم	آگاهی از شیوه‌های معنی جویی، درک و دریافت معنی زندگی	بیان سه شیوه‌ی پیشنهادی در معنی جویی
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 معنی عشق	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.س.		
گفت و گوی گروهی در زمینه‌ی گذرای زندگی، واقعیت مرگ و معنای آن	درک و دریافت معنی مرگ	نشست هفتم
گفتگو در زمینه‌ی حضور خدا در ژرفترین لایه‌های وجودی انسان	درک حضور خدا در ناخودآگاه متعالی انسان	نشست هشتم
گفت و گوی گروهی در زمینه‌ی معنایی که درمان جویان از دشواری‌های بیماری س.چ.س. دریافت کرده‌اند.	گرفتن معنای مثبت از بیماری س.چ.س.	نشست نهم
جمع بندی و بیان چکیده‌ای از دریافته‌های نشست‌های پیشین	جمع بندی گفته‌ها، خوانده‌ها و دریافته‌های درمان‌جویان	نشست دهم

ابزار سنجش

ابزار سنجش در این پژوهش، پرسشنامه‌ی افسردگی بک است که از 11 نشانه‌ی افسردگی تشکیل شده است. داده بخشان باید میزان وجود این نشانه‌ها را در خود در یک مقیاس 4 درجه‌ای از صفر تا سه تعیین کنند. پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی، شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی 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 نمره شان در دامنه‌ی 22 تا 00 قرار می‌گیرند، از نظر بالینی افسرده تلقی می‌شوند (شریفی، 5555). 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، 6666).

از زمان معرفی پرسشنامه‌ی بک در سال 1111 ارزیابی‌های روان‌سنجی بسیاری در مورد آن صورت گرفته است. نتایج فراتحلیل انجام شده در ایران گویای آن است که پایایی آن با روش بازآزمایی 0/66 است و ضریب همبستگی آن با آزمون معروف شخصیت ام. ام. پی. آی. 0/66، با آزمون افسردگی هامیلتون 0/11 و با مقیاس افسردگی زونک 0/66 گزارش شده است (گراث و مارنات، 3333، ترجمه: شریفی و نیکخو، 4444).

یافته‌های پژوهش

جدول 1: آمارهای میانگین و انحراف استاندارد و دامنه‌ی نمره‌های دو گروه نمونه در پیش‌آزمون

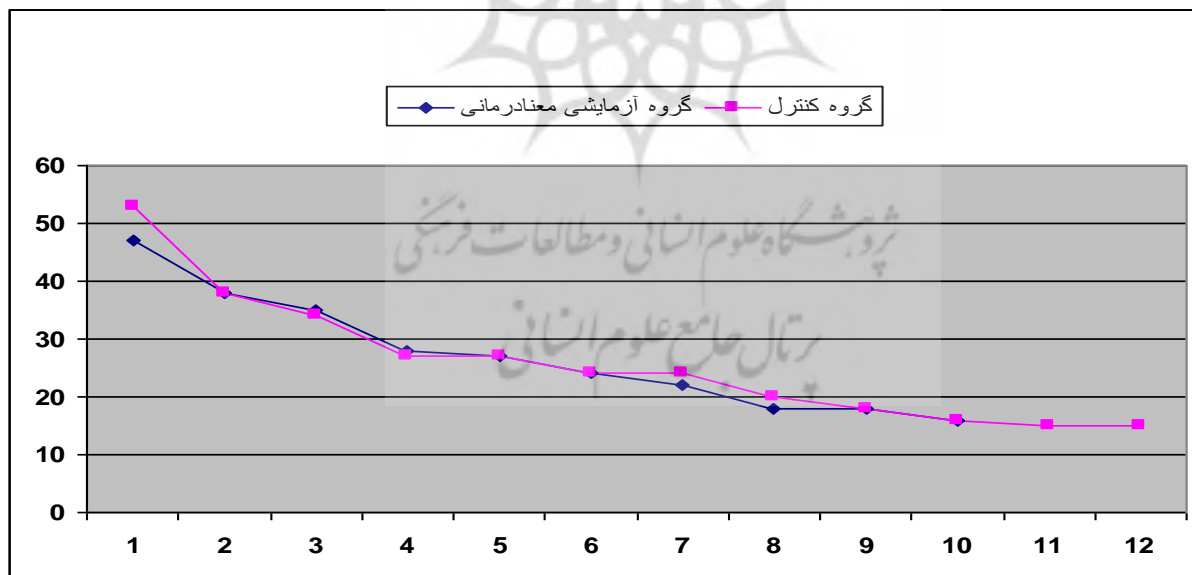
بیشترین نمره	کمترین نمره	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	گروه
47	16	10/01	27/1	12	معنا درمانی
53	15	11/23	55/91	12	کنترل

جدول 2: آمارهای میانگین و انحراف استاندارد و دامنه‌ی نمره‌های دو گروه نمونه در پس آزمون

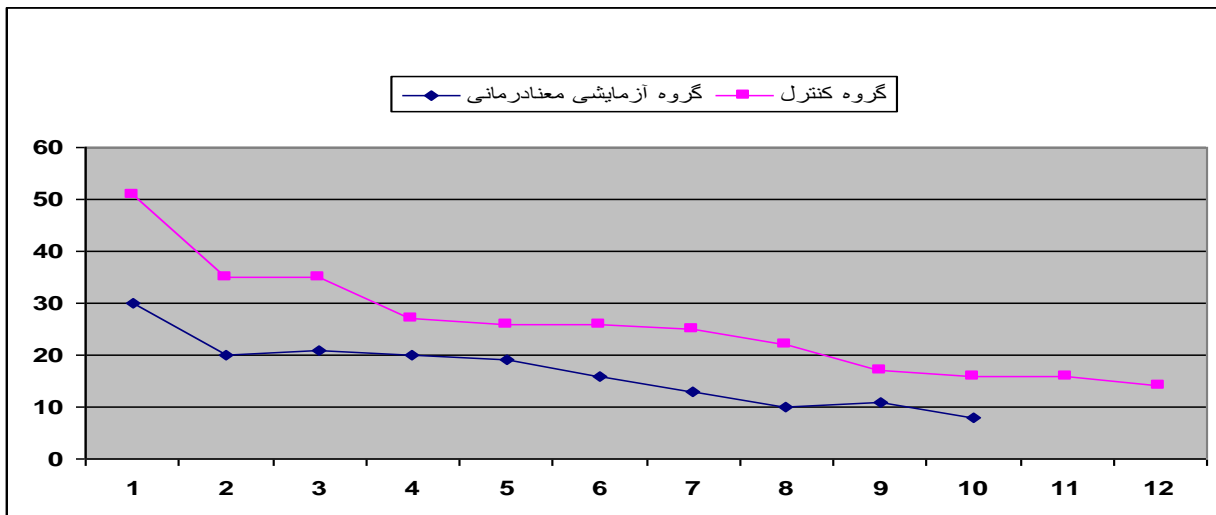
بیشترین نمره	کمترین نمره	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	گروه
30	8	6/57	16/8	10	معنادرمانی
51	14	10/57	25/83	12	کنترل

جدول 3: آمارهای میانگین و انحراف استاندارد و دامنه‌ی نمره‌های دو گروه نمونه در آزمون پیگیری

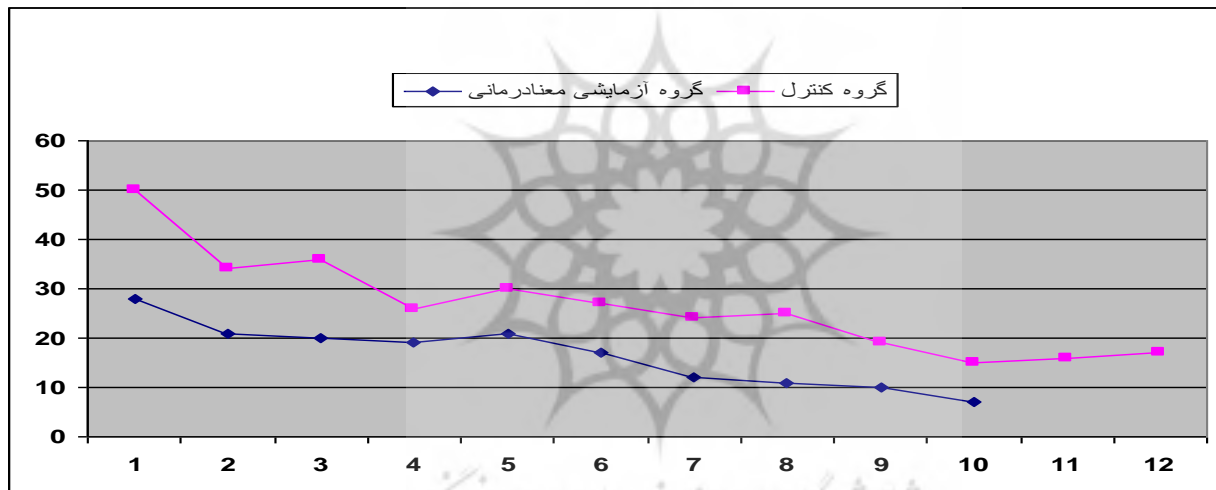
بیشترین نمره	کمترین نمره	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	گروه
28	7	6/44	16/6	10	معنادرمانی
50	15	19/04	25/58	12	کنترل



نمودار 1. توزیع نمرات افسردگی در گروه آزمایشی معنادرمانی و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون



نمودار 2. توزیع نمرات افسردگی در گروه آزمایشی معنادرمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون



نمودار 3. توزیع نمرات افسردگی در گروه آزمایشی معنادرمانی و گروه کنترل در مرحله آزمون پیگیری

جدول 4، نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل جهت بررسی تفاوت میانگینهای افتراقی نمره های افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	فراوانی	میانگین افتراقی	مدا م	نسبت F لون	سطح معناداری	T به دست آمده	درجه آزادی	سطح معناداری	
معنادرمانی	00	-00/5	4/77	/66 33	0/111	8/33	00	0/111	پیش آزمون
گواه	22	-/88	1/66						و پس آزمون
معنادرمانی	00	-0/2	1/11	1/99	0/111	1/55	00	0/111	پس آزمون

							ی	و	ن
					1/66	0/55	22	گواه	پیگیری

نتایج

این پژوهش که با هدف کاهش افسردگی در بیماران ام.اس. انجام شد، پس از برگزاري نشست‌هاي معني درماني گروه‌ي براي گروه آزمائش، نمره‌هاي افسردگي در دو گروه كنترل و آزمائش مورد مقايسه 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 لاین استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری محاسبه شده در پیش آزمون و پس آزمون ($P=0/22$) از خطای 0/55 کوچکتر بود، فرضیه‌ی صفر F لاین رد شد. بنابراین به سبب همسان نبودن واریانس‌های دو گروه از آزمون نا پارامتریک 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 ($P=0/444$) از خطای 0/55 بزرگتر بود. بنابراین فرضیه‌ی صفر F لاین تایید شد و این امر گویای همسانی واریانس‌ها بود که استفاده از آزمون تی را ممکن ساخت.

نتایج همانگونه که در جدول 7 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 درماني 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 آزمائش و کنترل ($t=1/35$ ، $df=20$) 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. تاثیر داشته باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که افسردگی در بیماران ام.اس. پس از نشست‌های گروهی معنی درماني کاهش یافت. این برابند، افزون بر تایید چارچوب نظری، با پژوهش‌های انجام شده‌ی زیر همخوانی دارد: پژوهش‌های وندر و همکاران (3333)، یالوم و وینوگ رادو (8888)، ناگاتا (3333)، باور و همکاران (4444)، بور و همکاران (8888)، لی (6666)، رودینی (6666)، هزاروسی (4444) و شیخ پور (9999).

از یافته‌های جانبی این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد که که میزان افسردگی در دامنه‌ی سنی 55-99 سال بودند، بیماران 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 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. بیمارانی که در این پژوهش همکاری داشتند بیماریشان از دو نوع پیشرونده اولیه و فروکش کننده - برگشت کننده بود که افسردگی در بیماران پیشرونده اولیه بیشتر از فروکش کننده - برگشت کننده بود که این خود می‌تواند در ارتباط با ناهمانندی 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 پیشرونده اولیه نشانه‌ها از ابتدا به طور مزمز پیشرفت می‌کند، نشانه‌ها بدتر می‌شوند و بر ناتوانی با گذشت زمان افزوده می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش

- 1- از آن جا که با هدف مهار بیشتر عواملی مانند سن و جنس یکسان سازی شدند فرآوردی یافته‌ها به بیماران مرد و سایر گروه‌های سنی با محدودیت مواجه می‌شود.
- 2- از آن جا که بهترین شیوه‌ی ارزیابی روند بیماری‌های بالینی پرهزینه‌ای چون ام. آر. آی. است بررسی فرآیند بیماری پس از گروه با محدودیت روبرو شد.
- 3- دشواری‌های جسمی‌ای چون حمله‌ی بیماری و ناتوانی شرکت در تمام جلسه از مواردی بود که 2 عضو از گروه معنادرمانی را درگیر کرد و افت نمونه را سبب شد.

پیشنهاد بر اساس یافته‌های پژوهش

1. با توجه به گستردگی دشواری روانی در بیماران ام.اس. بایسته است که درمانگران توجه بیشتری به این سویه بیماری داشته باشند و تنها به دشواری‌های جسمی نپردازند.
2. برگزاری مشاوره‌های گروهی به شیوه‌ی معنادرمانی برای کاهش ناراحتی‌های روحی - روانی بیماران ام.اس. می‌تواند سودمند باشد.
3. دادن آگاهی به بیماران در زمینه‌ی سودمندی مشاوره‌ی گروهی به شیوه‌ی معنادرمانی در تشویق ایشان برای شرکت در مشاوره‌های گروهی می‌تواند سودمند باشد.
4. برای ایجاد انگیزه‌ی شرکت در نشست‌های گروهی نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی سودمندی معنادرمانی در کاهش دشواری‌های روانی در دسترس بیماران قرار گیرد.
5. فراهم آوردن حمایت دولت و تسهیلات مورد نیاز شرکت در گروه‌های مشاوره‌ای برای بیمارانی که در مرحله‌ی حاد بیماری هستند.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده

1. انجام پژوهش‌هایی در این زمینه با گروه بیماران مرد دچار به بیماری ام.اس و همانندی‌ی (مقایسه) میان این گروه با گروه بیماران زن ام.اس.
2. با توجه به فزونی دشواری‌های روانی دیگری چون اضطراب و خستگی در بیماران ام.اس. شایسته است سودمندی این پژوهش در زمینه‌ی این سازه‌ها هم مورد بررسی قرار گیرد.

3. انجام این پژوهش با بکارگماری ابزارهای دیگری که افسردگی (به ویژه ابزارهای پژوهشگر ساخته) را می‌سنجد شایسته است.
4. شایسته است تا دیگر روش‌های مشاوره‌ی گروهی مانند درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری، واقعیت‌درمانی، روان‌نمایشی، و... بر کاهش افسردگی بیماران ام.اس. نیز صورت پذیرد و همانندیابی بین آن روش‌ها و روش معنا‌درمانی گروهی انجام گیرد.
5. انجام پژوهش در میان بیماران دچار به بیماری‌های جسمی مزمن دیگری چون دیابت، بدخیمی‌ها، ایدز،... اجرا گردد و سپس همانندیابی میان این گروه‌های بیمار صورت پذیرد تا میزان تاثیرگذاری روش‌های مشاوره‌ای در بیماری‌های مختلف نیز مورد بررسی قرار گیرد.
6. بهتر است در پژوهش‌های سپسین، دانش‌پژوه بر آن باشد تا ارزیابی‌های جسمی را پیش از آغاز گروه انجام دهد تا بهبود وضعیت جسمی بیماران نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.
7. با توجه به تاثیر آسیب‌رسان بیماری ام.اس. بر مراقبت‌دهندگان بایسته است سودمندی روش‌های مشاوره‌ی گروهی برای مراقبین نیز با هدف افزایش توانمندی ایشان در مراقبت مورد بررسی قرار گیرد.
8. بهتر است در پژوهش‌های سپسین، دانش‌پژوه سودمندی روش‌های مشاوره‌ی گروهی و درمان دارویی را در کاهش افسردگی بیماران ام.اس. به مقایسه بگیرد.
9. در این پژوهش پیگیری یک ماه پس از پایان گروه انجام شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده پیگیری در زمان بیشتری پس از گروه نیز انجام شود و میزان برگشت بیماری پس از درمان نیز ارزیابی شود.
10. این پژوهش در بیماران انجام شد که در حمله‌های حاد بیماری نبودند. شایسته است در پژوهش‌های آینده در بیماران که در حال تجربه‌ی مرحله‌ی حاد بیماری هستند نیز انجام گیرد تا پیامد آن با سودمندی این پژوهش ارزیابی شود.
11. از آن جا که یکی از پیامدهای زیانبار افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی است، شایسته است سودمندی این پژوهش در بازخورد ایشان نسبت به خودکشی مورد ارزیابی قرار گیرد.

منبع‌های فارسی

- آبراموویتز، ملیسا. راهنمای پزشکی خانواده ام اس. ترجمه: فرهاد همت خواه (....). تهران: عصر کتاب‌پروچاسکا، جیمز او. نورکراس، جان. سی. نظریه‌های روان‌درمانی. یحیی سید محمدی (3333). تهران: رشد
- جمالی، فریبا (1111). بررسی رابطه‌ی بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. تهران: دانشگاه الزهرا

حسین زاده، زهرا (6666). بررسی آموزش تلقیح استرس در کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مولتیپل اسکلروسیس. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی
رودینی، بلقیس (8886). سودمندی معنادرمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان دچار به ویروس کاهش ایمنی انسان (HIV/ویکا) بیماری اکتسابی کاهش ایمنی (باک/ AIDS). پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه خاتم
سالمنز، ساندر. افسردگی: پرسش‌هایی که دارید و پاسخ‌هایی که بدان نیازمندید. ترجمه: میرمجید خلخالی زاویه (4444). تهران: جوانه‌ی رشد

شریفی، حسن پاشا (5555). اصول روان سنجی و روان آزمایی. تهران: رشد
شفیع آبادی، عبدالله (4444). پویایی گروه و مشاوره‌ی گروهی. تهران: رشد

شیخ‌پور، نورالله (5555). تاثیر 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. انسان در جستجوی معنا. ترجمه: نهضت صالحیان و مهین میلانی (8885). تهران: رسا

فرانکل، ویکتور. پنرشک و روح. ترجمه: فرخ سیف بهزاد (2222). تهران: رسا

فرانکل، ویکتور. فریاد ناشنیده برای معنا (روان شناسی و انسان گرایی). ترجمه: مصطفی تبریزی و علی علوی‌نیا (3333). تهران: فراروان

کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. خلاصه‌ی روانپزشکی علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی. ترجمه: نصرت‌اله پورافکاری (5555). تهران: ذوقی

مختاری، ستاره (4444). 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 (2222). افسردگی برداشتها و درمان شناختی. تهران: رشد

هزاروسی، بهرام (4444). کاربرد مشاوره گروهی به شیوه‌ی معنادرمانی در افزایش امید به زندگی در بیماران دچار به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه خاتم

حسین زاده، زهرا (6666). بررسی آموزش تلقیح استرس در کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مولتیپل اسکلروسیس. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی
گراث، گری. مارنات. (3333). راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان. ترجمه: حسن پاشا شریفی و مجریضا نیکخو (....). تهران: رشد

www.asp.irteb

لطفی (1385)

www. Tehranpi.org

ملکوتی (1385)

Arnel, P.A., & Radolph, J.J. (2006). *Ralition 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.,& Dobooverie, 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, emothional 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 mooding 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

