

مقایسه گروه درمانی به دو شیوه عقلانی- عاطفی- رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی بیماران مالتیپل اسکلروزیس

هما رضایی^۱

تاریخ وصول: ۹۲/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۳۰

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه کاهش میزان افسردگی بیماران مالتیپل اسکلروزیس^۲ (ام.اس) به دو شیوه معنادرمانی و درمان عقلانی- عاطفی- رفتاری انجام شد. روش: برای آزمون اثربخشی این دو شیوه در کاهش میزان افسردگی، سه گروه دوازده نفری از بیماران ام.اس. در مرکز جامع سینا برگزیده شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش در نشست‌های گروهی عقلانی- عاطفی- رفتاری و معنادرمانی شرکت کردند و گروه گواه از فرایند درمان دور نگه داشته شد. سنجش میزان افسردگی به وسیله پرسشنامه افسردگی بک، سه بار (پیش آزمون، پس آزمون، و آزمون پیگیری) انجام شد. برای تحلیل داده‌های گردآوری شده از تحلیل واریانس یک راهه برای نمره‌های افتراقی و آزمون شفه بهره گرفته شد.

نتایج: براینکه این پژوهش گویای سودمندی هر دو شیوه در کاهش افسردگی بیماران و ماندگاری این نتیجه پس از سه ماه بود. افزون بر آن که معنادرمانی در کاهش افسردگی سودمندتر از درمان

۱. دکترای مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، bita.bahardoost@gmail.com

عقلانی-عاطفی-رفتاری بوده است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود برای درمان افسردگی بیماران ام.اس. از هر دو روش به ویژه روش معنادرمانی گروهی بهره گرفته شود.

کلید واژه‌ها: "افسردگی، بیماری مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس)، درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی، معنا درمانی گروهی"

واژگان کلیدی: طحواره های جنسیت، انتظارات از نقش همسر، آسیب شناسی ازدواج، کلیشه سازی جنسیتی.

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس) یک بیماری مزمن و پیشرونده است (پانسانبای، لوکاس، دبیر، وندرمی، تایلر، چاپمن و ویلیامز^۱، ۲۰۱۳؛ الک و داوسون^۲، ۲۰۰۰) که در نخستین مرحله از این بیماری، غلاف میلین سلول عصبی فرد مبتلا، دچار التهاب می‌شود (گریر^۳، ۲۰۱۳؛ پاتن، ویلیامز، لاوراتو، کاج و منتز^۴، ۲۰۱۳؛ بردلی، داروف، فنیکل و مارسدن^۵، ۲۰۰۴). این التهاب در دید میکروسکوپی به شکل انباشت سلول‌های سفید خونی در نواحی آسیب دیده نمایان می‌شود. چنانچه حمله پایان یابد و التهاب فروکش کند، ممکن است هیچ آسیب ماندگاری روی ندهد اما با ادامه فرایند بیماری، سلول‌های ملتهب شده مواد میانی محلولی^۶ از خود آزاد می‌کنند که پوشش میلین را از بین برده و بافت آن دچار سخت شدگی می‌شود^۷ (هاسر و گودین^۸، ۲۰۰۵). از آنجایی که این سخت شدگی در چندین بخش دستگاه اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) روی می‌دهد به آن سخت شدگی چندگانه (مالتیپل اسکلروزیس) گفته می‌شود (حسین زاده، ۱۳۸۶). افسردگی شایع‌ترین اختلال در بیماری ام.

1. Ponsonby, Lucas, Dear, van der Mei, Taylor, Chapman & Williams
2. Olek, & Dawson.
3. Greer
4. Patten, Williams, Lavorato, Koch & Metz
5. Bradley, Daroff, Fenikhel, & Marsden

۶. لنفوکین‌ها و مونوکلین‌ها

۷. به این بافت‌های سخت شده و لیفی، پلاک گفته می‌شود (هاریسون، ۱۹۹۱. ترجمه: آقاجانی، دارا، ۱۳۷۰)

8. Hauser & Goodin

اس. است، که کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تاثیر جدی قرار می‌دهد (پاتن و همکاران، ۲۰۱۳؛ وانگ، ریمر، متز و پاتن^۱، ۲۰۰۰؛ لوبنتاز، اسنباوم، واس، ساتر، کلاش، کالنگر و زیتلوفر^۲، ۲۰۰۴) خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (فینستین^۳، ۱۹۹۷ به نقل از پاتن و همکاران، ۲۰۱۳) کارکرد فرد در شغل (گلاتز، دیگانو، رینتل، چیتنیز، وینر و هلی^۴، ۲۰۱۲) و توانمندی‌های بدنی (پیتن-وایوویچ، دبوری، گلیمن، وندنبرگ، انزیونات و وسپیگنانی^۵، ۲۰۰۶) وی را نیز کاهش می‌دهد و از طرفی موجب بازگشت دوباره بیماری (لوپز، پرز، بارکو، و ریبال^۶، ۲۰۰۴) می‌گردد. الگوی بیماری و شیوه برخورد با آن در بیمار ام. اسی که دچار افسردگی شده است در برابر بیماری که به افسردگی دچار نشده یا آن را مهار کرده، بسیار ناهمساند است (کرونک، لینچ و دنی^۷، ۲۰۰۰). ناامیدی و خستگی ناشی از افسردگی در این بیماران، ایشان را از مقابله سودمند و ادامه درمان باز می‌دارد (وینزمن و شتز^۸، ۲۰۰۴) و همین امر سبب می‌شود با آغاز حمله مجدد ام. اس. فرد به درمان دارویی گسترده‌تر و حتی بستری درازمدت‌تر نیاز داشته باشد (پاتن و متز^۹، ۲۰۰۸).

افسردگی نوعی آشفتگی خلق است (سلیگمن و روزنهان^{۱۰}، ترجمه: سیدمحمدی، ۱۳۹۰) که چگونگی درک فرد از خود و محیط را دگرگون می‌سازد (پورافکاری، ۱۳۷۵). الیس^{۱۱} و فرانکل^{۱۲} در بخشی از نظریه‌های خود به افسردگی و درمان آن پرداخته‌اند. الیس آشفتگی‌های روانی را برآیند باورهای غیر منطقی می‌داند. در این نگره، افسردگی برآیند برداشت‌های

1. Wang, Reimer, Metz & Patten
2. Lobentanz, Asenbaum, Vass, Sauter, Klösch, Kollegger, H & Zeitlhofer.
3. Finstin
4. Glanz, Décano, Rintell, Chitnis, Weiner & Healy
5. Pittion-Vouyovitch, Debouverie, Guillemin, Vandenberghe, Anxionnat & Vespignani
6. Lopez, Perez, Barco & Ribal
7. Kroencke, Lynch, & Denney
8. Winesman & Schwetz
9. Patten & Mets
10. Rozenhun
11. Ellis
12. Frankle

غیرمنطقی از یک رویداد است (درایدن^۱، ۲۰۰۵). در شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری، درمان در هر سه سویه انجام می‌شود (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۰)، اما تمرکز بر برداشت‌ها، تفسیر فرد از یک رویداد، باورهای غیرمنطقی و الزام آور است (پروچاسکا و نورکراس^۲، ترجمه: سیدمحمدی، ۱۳۹۰). از آن جایی که آشفتگی‌های شناختی و رفتاری در بیماران ام. اس. چشم‌گیر است (پاتن و همکاران، ۲۰۱۳) درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری ممکن است در بهبود آشفتگی‌های روانی این بیماران نقش موثری داشته باشد.

از سوی دیگر از دیدگاه معنادرمانی فرانکل، ناامیدی، کاهش معنی در زندگی و احساس کم‌ارزشی، فرد را محکوم به گزینش افسردگی می‌کند (فرانکل، ترجمه: سیف بهزاد، ۱۳۷۲). فرانکل بر این باور است که در رنج و مرگ هم می‌توان معنایی آفرید. انسان وقتی با وضعی تغییرناپذیر روبروست، مانند بیماری درمان‌ناپذیر این فرصت را یافته است که به عالی‌ترین ارزش‌ها و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد. درد و رنج جلوه‌گاه ارزش وجودی انسان است و آن چه اهمیت دارد شیوه نگرش فرد به رنج و چگونگی به دوش کشیدن آن است. معنا درمانی می‌کوشد تا درمان‌جو را یاری دهد با درک معنای رنجی که می‌کشد در به دوش کشیدن آن استوارتر شود (فرانکل، ترجمه: صالحیان و میلانی، ۱۳۹۱). گرچه معنا درمانی و درمان عقلانی^۳ عاطفی - رفتاری از جهاتی همسو هستند اما ناهمانندی آن‌ها در زمینه‌هایی چون فنون درمانی و تمرکز بر سویه‌های ناهمانند انسانی (کوری^۳، ۲۰۱۱) پژوهشگر را بر آن داشته است تا میزان کاهش افسردگی بیماران ام. اس. را با دو روش معنادرمانی و عقلانی - عاطفی - رفتاری به مقایسه بگیرد. پر آشکار است این دو روش را می‌توان در نشست‌های فردی و گروهی به کار برد، ولی از آن جایی که گروه می‌تواند زمینه‌ای سودمندتر برای همدلی و حمایت (شفیع آبادی، ۱۳۹۰) و و افزایش روابط اجتماعی و دریافت پسخوراند از دیگر افراد

1. Dryden
2. Prochaska & Norcross
3. Corey

گروه (تاد و بوهارت^۱، ترجمه: فیروزبخت، ۱۳۷۹) فراهم آورد، این پژوهش به شیوه گروه درمانی اجرا شد. لازمه سودمندی چنین گروه‌هایی یک فضای گرم همراه با اعتماد و احترام دو سویه است. به سخنی دیگر، گروه صحنه واقعیت آزمایی است و اعضای گروه از پسخوراند دیگران سود می‌برند (ثنایی، ۱۳۷۹).

در راستای پژوهش‌های خارجی که سودمندی گروه‌درمانی عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماری‌های جسمی را نشان داده‌اند، می‌توان از کارهای زورزون، زیادنو، و توماسی^۲ (۲۰۰۴)، بلانچ، روساد، هاتزینگر، مارتینز، پریال اندرز و گاستو^۳ (۲۰۰۲)، موهر، لیکسکی، برتاگنلی، گودکین، وندرون، دایر و دایک^۴ (۲۰۰۰) یاد کرد. در پژوهش‌های ایرانی در این زمینه نیز پژوهش‌های مختاری (۱۳۸۴)، سلگی (۱۳۸۴)، حسنی (۱۳۸۵)، و حسین‌زاده (۱۳۸۶) کاهش معنی‌دار افسردگی بیماران جسمی را با این شیوه نشان داده‌اند.

در زمینه سودمندی معنادرمانی گروهی نیز می‌توان از پژوهش‌های یالوم و وینوگرادو^۵ (۱۹۸۸)، ناگاتا^۶ (۲۰۰۲)، باور، کمینی، تیلور، و فای^۷ (۲۰۰۴)، وندر، اورس، جانگن، و بلیجنبرگ^۸ (۲۰۰۳)، لی^۹ (۲۰۰۶) از پژوهش‌های خارجی، رودینی (۱۳۸۶)، هزاروسی (۱۳۸۴) و شیخ‌پور (۱۳۸۵) از پژوهش‌های ایرانی نام برد. اما پژوهش‌هایی که به گونه‌ای سراسر به مقایسه سودمندی این دو شیوه‌ی درمانی در کاهش مشکلات روان‌شناختانه‌ی بیماری‌های جسمی پرداخته باشند، پیشینه‌ای یافت نشد.

1. Tadd & Bouhart
2. Zorzon, Ziadeno & Tommasi
3. Blanch, Rousaud, Hautzinger, Martínez, Peri, Andrés & Gastó.
4. Mohr, Likosky, Bertagnolli, Goodkin, Van Der Wende, Dwyer & Dick
5. Yalom & vinograd
6. Nagata
7. Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey
8. Vandar, Evers, Jongen, & Bleijenberg.
9. Lee

با مرور چنین پیشینه‌ای، پژوهش کنونی بر این فرضیه‌ها استوار است که ۱. روش‌های مشاوره گروهی (عقلانی- عاطفی- رفتاری و معنادرمانی) در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. مؤثر است. ۲. مشاوره گروهی به شیوه عقلانی- عاطفی- رفتاری در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. مؤثر است. ۳. مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. مؤثر است. و ۴. بین مشاوره گروهی به شیوه عقلانی- عاطفی- رفتاری و مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل پیشرفته است. با این پژوهش سه گروه از بیماران ام. اس. همکاری داشتند. دو شیوه مشاوره گروهی معنادرمانی و عقلانی- عاطفی- رفتاری برای دو گروه آزمایش به کار گرفته شد و گروه سوم به عنوان گروه گواه از فرایند درمان به طور موقت دور نگه داشته شد. هر سه گروه سه بار سنجش شدند. پس از پایان یافتن نشست‌های گروهی، پس‌آزمون از هر سه گروه گرفته شد. سپس با هدف پیگیری سودمندی نشست‌های مشاوره‌ای سه ماه بعد، آزمون پیگیری از هر سه گروه گرفته شد. جامعه پژوهشی این پژوهش، مجموعه 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 سینا، و مراکزهای خصوصی درمان متخصصین مغز و اعصاب که از این میان مرکز جامع سینا با ۲۵۰ بیمار به روش تصادفی گزینش شد.

از میان بیماران مرکز سینا زیر مجموعه‌ای به روش زیر برگزیده شد. نخست با هماهنگی رئیس مرکز، پرونده بیماران ارزیابی شد. از میان پرونده 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. 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) بوده است.

با این گروه ۱۴۳ نفره، در طول ۳۵ روز ارتباط حضوری و تلفنی برقرار شد و ضمن دادن آگاهی‌های لازم در زمینه نوع و میزان همکاری، از آنها برای شرکت در فعالیت درمانی دعوت شد. ۹۰ نفری که پذیرای این فراخوان شدند در زمینه افسردگی مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند و بر پایه نمره‌های به دست آمده، ۳۶ نفری که بیشترین میزان افسردگی را نشان داده بودند به همکاری دعوت شدند. این ۳۶ نفر به شیوه تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره جای گرفتند. در این میان گروه گواه در دوره نشست‌های گروهی از فرایند درمان دور نگه داشته شد. پس از پایان یافتن نشست‌های گروهی، از هر سه گروه در همان مرکز مشاوره و در یک زمان و با یک ابزار اندازه‌گیری (پرسشنامه افسردگی بک)، پس از آزمون گرفته شد. سپس با هدف پیگیری سودمندی نشست‌های مشاوره‌ای یک ماه بعد، آزمون پیگیری از هر سه گروه گرفته شد. گفتنی است از گروه معنا درمانی ۲ نفر، و از گروه عقلانی-عاطفی-رفتاری، ۳ نفر ریزش آزمودنی پیش آمد. جداول ۱ و ۲ فشرده‌ای از موضوعات مطرح شده در جلسات است.

جدول ۱. برنامه درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی

جلسه	اهداف	روشها	تکالیف
اول	آشنایی. آگاهی از ویژگی‌های گروه. آگاهی از منشور گروه و پایبندی به آن. آگاهی در مورد مهارت‌های ارتباطی. همبستگی گروه. یادگیری یک شیوه تنفس سودمند.	خوش آمد گویی و معرفی، بیان ویژگی‌ها، اهداف و قوانین گروه. سخنرانی آموزشی و گفتگوی گروهی در زمینه نقش مهارت‌های ارتباطی در زندگی روزمره. آموزش تنفس دیافراگمی	تمرین مهارت‌های ارتباطی آموزش داده شده در موقعیت‌های واقعی زندگی و توجه به پیامد آن. تمرین تنفس دیافراگمی ۱۰ تا ۱۲ بار در روز

<p>خواندن بخش‌های تعیین شده از کتاب زندگی عاقلانه. تمرین آرمیدگی روزانه</p>	<p>سخنرانی آموزشی کوتاه در زمینه ماهیت انسان از دیدگاه درمان عقلانی، عاطفی، رفتاری و بیان ویژگی چندسویه بودن آدمی آموزش و تمرین آرام سازی پیشرونده به شیوه ژاکوبسون</p>	<p>آگاهی از ماهیت انسان و چند سویه بودن او. توانمندسازی در شیوه خودارزیابی. آگاهی از یک شیوه آرام سازی.</p>	دوم
<p>خواندن کتاب راهنمای پزشکی خانواده؛ ام. اس. تکمیل جدول سه ستونی</p>	<p>آموزش ای. بی. سی. دی. ای. اف. بیان مطالبی در زمینه بیماری ام. اس. و پیامدهایی همچون افسردگی با همکاری درمان جویان</p>	<p>افزایش آگاهی از مفهوم‌های بنیادین درمان (ای. بی. سی. دی. اف.). آگاهی در مورد بیماری ام. اس و افسردگی</p>	سوم
<p>خواندن بخش‌های تعیین شده از کتاب زندگی عاقلانه. شناسایی و نوشتن باورهایی که به گونه‌ای افسردگی را در پی داشته‌اند. تمرین تصویرسازی ذهنی هدایت شده</p>	<p>سخنرانی آموزشی در زمینه باورهای مخرب و پیامدهای ناخواسته و آسیب رسان آن‌ها. نمایش تصویر قدیس و فهرست. شناسایی و نوشتن باورهای غیر منطقی درمان جویان در برگه قدیس و فهرست، توسط خود ایشان با توجه به چند نمونه‌ای که در نشست پیشین گفته شده است. آموزش و تمرین تصویر سازی هدایت شده ساحل دریا</p>	<p>تشخیص باورهای کارآمد از باورهای ناکارآمد. پذیرش ماهیت دگرگون پذیری باورها.</p>	چهارم
<p>خواندن بخش‌های تعیین شده از کتاب زندگی عاقلانه. آرام سازی روزانه ۱۵ دقیقه به شیوه آموزش داده شده در نشست. تکمیل جدول شش ستونی و چالشها</p>	<p>گفتگوی گروهی در مورد نقش سه باور غیرمنطقی رایج در زندگی شخصی. آموزش چگونگی رتبه بندی هر باور به شیوه واحدهای ذهنی پریشان ولیبی. آموزش چگونگی جایگزینی با باورهای درست. تمرین آرام سازی با شمارش از ۱۰۰ تا ۱ در هر بازدم و رها کردن اندام‌های در حال فشار</p>	<p>آگاهی از سه باور غیر منطقی. توانایی رتبه بندی باورها. توانمندی در زمینه بازسازی شناختی. آگاهی از یک شیوه دیگر آرام سازی.</p>	پنجم
<p>خواندن بخشی از کتاب زندگی عاقلانه. تکمیل جدول و چالشها. تمرین مهارت ابراز وجود در</p>	<p>گفتگوی گروهی در مورد نقش سه باور غیرمنطقی دیگر در زندگی شخصی. آموزش نحوه چالش و</p>	<p>آگاهی از سه باور غیر منطقی. توانمندی در زمینه بازسازی شناختی. افزایش مهارت ابراز</p>	ششم

موقعیت‌های تصویری و واقعی.	جایگزینی. گفتگوی گروهی در زمینه ابراز وجود. ایفای نقش و تمرین مهارت ابراز وجود در یک موقعیت تصویری	وجود.
تکمیل جدول و چالشها. تمرین مهارت حل مساله در یک موقعیت واقعی. تمرین آرام سازی و تکرار درونی جملات شفا بخش.	گفتگوی گروهی در مورد نقش سه باور غیرمنطقی دیگر در زندگی شخصی. آموزش نحوه چالش و جایگزینی. آموزش حل مساله. آموزش و تمرین تصویر سازی افزایش قدرت دفاعی بدن	افزایش توانمندی در زمینه بازسازی شناختی. افزایش مهارت مساله گشایی
خواندن بخش دیگری از کتاب زندگی عاقلانه. تمرین حساسیت زدایی منظم	گفتگوی گروهی در مورد نقش سه باور غیرمنطقی دیگر در زندگی شخصی. آموزش نحوه چالش و جایگزینی. تهیه سلسله مراتب اضطراب‌زا. آموزش شیوه حساسیت زدایی تدریجی در چیرگی بر ترس‌ها	افزایش توانمندی در زمینه بازسازی شناختی. چیرگی بر ترس‌های درونی.
تمرین حمله به شرم برای هر درمان جو بر اساس ویژگی‌های فردی آنان	گفت و گوی گروهی در زمینه پذیرش خود حتی زمانی که احساس می‌کنند دیگران آن‌ها را نمی‌پذیرند. فهرست کردن شرم‌های غیرمنطقی هر یک از درمان جویان	افزایش پذیرش خود. آگاهی از تکنیک حمله به شرم
	بیان چکیده‌ای از دریافته‌های نه نشست پیشین به زبان درمان جویان و دریافت پسخوراند. جمع‌بندی درمانگر	جمع بندی و پایان

جدول ۲. برنامه معنی‌درمانی به شیوه گروهی

جلسه	اهداف	روشها	تکالیف
اول	آشنایی. آگاهی از ویژگی‌های گروه. همبستگی گروه.	خوش‌آمدگویی و معرفی، بیان ویژگی‌ها، قوانین و اهداف گروه. بیان مطالبی در زمینه بیماری ام. اس. و پیامدهایی چون افسردگی	خواندن کتاب راهنمای پزشکی خانواده؛ ام. اس.
دوم	آگاهی از مفهوم‌های بنیادین معنی	بیان فشرده‌ای از شرح حال فرانکل (بنیان‌گذار معنا درمانی) بیان فشرده‌ای از باورهای بنیادین معنا درمانی. گفتگوی گروهی در زمینه زندگی و معنای آن.	پاسخ‌نویساری به دو پرسش وجودی: زندگی از من چه می‌خواهد؟ من از زندگی چه می‌خواهم؟
سوم	آگاهی از شیوه‌های معنی‌جویی.	گفتگوی گروهی در زمینه معنی زندگی. بیان سه شیوه پیشنهادی فرانکل برای معنی‌جویی (انجام کاری ارزشمند و آفریننده، تجربه خلق ارزش‌های والا که در رویارویی با جهان، طبیعت، فرهنگ، ارتباطات، و درک فرد دیگر از راه عشق نمایان می‌شود، و دگرگونی در بازخورد به رویدادهایی که تغییرشان ممکن نیست).	نوشتن تجربه‌هایی که هریک از درمانجویان را دگرگون کرده، برایشان نقطه عطفی بوده، و معنایی به زندگی‌شان داده است.
چهارم	پذیرش آزادی فردی. مسئولیت پذیری.	گفتگوی گروهی در زمینه‌ی آزادی (باورهای درمان جویان در زمینه‌ی آزادی و بیان تجربه‌هایی از زندگی شخصی خود در این زمینه). گفتگوی گروهی در زمینه مسئولیت‌پذیری. جمع‌بندی درمانگر از پنداره‌های آزادی، و مسئولیت‌پذیری و مرتبط ساختن هر پنداره با واقعیت زندگی	تصور کنید هم اکنون بار دومی است که به زندگی بازگشته‌اید و در حال انجام اشتباهاتی هستید که در گذشته انجام داده‌اید. حال واکنش‌تان نسبت به زندگی چگونه است؟
پنجم	دریافت و درک معنی عشق.	گفتگوی گروهی در زمینه عشق و معنای آن و بیان تجربه‌های شخصی درمان جویان در این زمینه. جمع‌بندی درمانگر (تعریف عشق، دسته‌بندی عشق، و شیوه‌های مهر ورزی به زندگی)	نوشتن تجربه‌های گذشته در زمینه عشق، چگونگی واکنش ایشان در رویارویی با شکست‌ها یا پیروزی‌ها در این زمینه
ششم	درک و دریافت	گفتگوی گروهی در زمینه رنج و معنایی که می‌توان	آیا این همه رنج کشیدن‌ها معنایی

معنای رنج در ام. اس.	از آن گرفت و بیان تجربه‌های شخصی از رنج‌هایی که با بیماری ایشان همانند بوده است. جمع بندی درمانگر از معنای رنج	دارد؟ با رنج‌هایی که تا کنون کشیده‌اید چگونه برخورد کرده- اید؟ پس از این، باز خوردتان چگونه خواهد بود؟
درک و دریافت معنای مرگ به عنوان یک واقعیت عالم هستی.	گفتگوی گروهی در زمینه گذاری زندگی، واقعیت مرگ، معنای آن، و بیان تجربه‌های شخصی در زمینه باز خوردی که در گذشته نسبت به مرگ داشته اند. جمع بندی از ویژگی بارز انسان توانایی درک واقعیت آینده و گریز ناپذیر بودن مرگ و معنای مرگ.	چنانچه هم اکنون به این آگاهی دست یابید که تمام درازنای زندگی تان بیشتر از ۲۴ ساعت آینده نیست، دست به چه کارهایی می‌زنید؟
درک حضور خدا در ناخود آگاه متعالی انسان.	گفتگوی گروهی در زمینه حضور خدا در ژرف‌ترین لایه‌های وجودی انسان (خدای ناخود آگاه) و بیان تجربه‌های شخصی در این زمینه. جمع بندی درمانگر (آگاهی از بخش مقدس و خدایی وجود، چگونگی ارتباط با این بخش، تاثیر دعا، و مشاهده‌ی پرتوی شگفت انگیز آن در زندگی از پنداره‌هایی است که در مورد آن گفتگو می‌شود).	تجربه‌هایی را به یاد آورید که با بخش مقدس‌تان ارتباط برقرار کرده‌اید. شیوه ارتباط شما چگونه بوده است؟ ارتباط با خدای ناخود آگاه چه پیامدهایی را در زندگی شما به همراه داشته است؟
گرفتن معنای مثبت از بیماری ام.اس.	گفتگوی گروهی در زمینه معنایی که از دشواری‌های بیماری ام.اس دریافت کرده‌اند.	روی آن چه تا کنون در گروه آموخته‌اید بیاندیشید.
جمع بندی پس‌خوراند و پایان	مروری بر تکلیف نشست پیشین و بیان چکیده‌ای از دریافته‌های نه نشست گذشته. جمع بندی مطالب گفته شده در گروه با همکاری درمان جویان و دریافت پس‌خوراند.	

ابزار اندازه‌گیری

ابزار سنجش در این پژوهش، پرسشنامه‌ی افسردگی بک است. این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ از سوی بک، مندلسون، موک، و ارباف^۱ معرفی شد. سپس در سال ۱۹۷۱ مورد بازبینی قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ فرم بازبینی شده‌ی آن انتشار یافت. ماده‌های موجود در این پرسشنامه بر پایه مشاهده نشانه‌های رایج در میان بیماران افسرده و سپس ترکیب و فشرده‌سازی نشانه‌ها ساخته شده است (گراث و مارنات^۲، ۲۰۰۳، ترجمه: شریفی و نیکخو، ۱۳۸۴). به طور کلی این ابزار از ۲۱ نشانه‌ی افسردگی تشکیل شده است و آزمودنی‌ها باید شدت این نشانه‌ها را در خود بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا سه درجه بندی کنند. پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی، شکست، احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی خواب، و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. زمان پاسخ به این پرسشنامه ۵ تا ۱۰ دقیقه است و برای درک ماده‌ها به پایان رساندن آموزش‌های دوران ابتدایی بسنده است. دامنه‌ی نمره‌ها از صفر تا شصت و سه است. به طور معمول کسانی که در دامنه‌ی ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرند، از نظر بالینی افسرده تلقی می‌شوند (شریفی، ۱۳۸۵). نمره‌های ۰-۱۰ گویای هیچ یا کمترین افسردگی، نمره‌های ۱۱-۱۶ گویای افسردگی کم، و نمره‌های ۱۷-۲۰ نشان دهنده‌ی آن اندازه از افسردگی است که فرد نیازمند مشاوره است. نمره‌های ۲۱-۳۰ گویای آن هستند که فرد افسرده به شمار می‌آید. نمره‌های ۳۱-۴۰ نشان دهنده افسردگی شدید، و بیشتر از ۴۰ گویای افسردگی بیش از حد است (حسین زاده، ۱۳۸۶). از زمان معرفی پرسشنامه بک در سال ۱۹۶۱ ارزیابی‌های روان سنجی بسیاری در مورد آن صورت گرفته است. نتایج فراتحلیل انجام شده در ایران گویای آن است که ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۶ و پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۷ است. ضریب همبستگی آن با آزمون معروف شخصیت ام. ام. پی. آی. ۰/۷۶، با آزمون

1. Beck, Mendelson, Mock, Erbaugh.
2. Groth & Marnat

افسردگی هامیلتون ۰/۷۱ و با مقیاس افسردگی زونک ۰/۷۶ گزارش شده است (گراث و مارنات، ۲۰۰۳، ترجمه: شریفی و نیکخو، ۱۳۸۴).

یافته‌ها

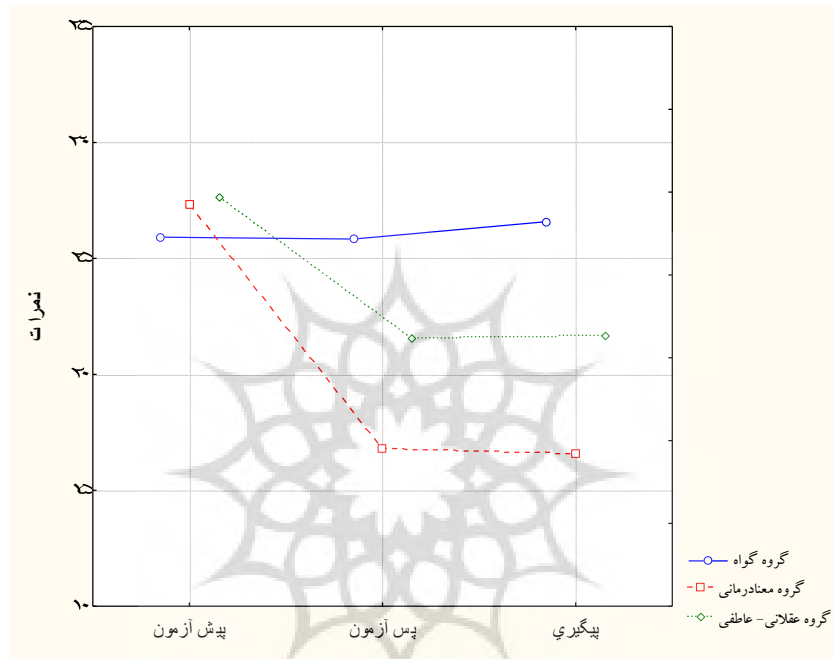
در جداول زیر ابتدا به یافته‌های توصیفی و سپس به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است. در جدول زیر شاخص‌های توصیفی در پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری افسردگی گزارش شده است:

جدول ۳. آمارهای میانگین، انحراف معیار و دامنه‌ی نمره‌های سه گروه نمونه در پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری افسردگی

مرحله	گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
پیش آزمون	معنادرمانی	۱۲	۲۷/۳۰	۱۰/۰۱	۱۶	۴۷
	عقلانی - عاطفی - رفتاری	۱۲	۲۷/۶۷	۸/۸۹	۱۶	۴۱
	گواه	۱۲	۲۵/۹۲	۱۱/۲۴	۱۵	۵۳
پس آزمون	معنادرمانی	۱۰	۱۶/۸۰	۶/۵۸	۸	۳۰
	عقلانی - عاطفی - رفتاری	۹	۲۱/۵۶	۷/۹۹	۱۰	۳۵
	گواه	۱۲	۲۵/۸۳	۱۰/۵۷	۱۴	۵۱
آزمون پیگیری	معنادرمانی	۱۰	۱۶/۶۰	۶/۴۵	۷	۲۸
	عقلانی - عاطفی - رفتاری	۹	۲۱/۶۷	۸/۷۳	۹	۳۹
	گواه	۱۲	۲۶/۵۸	۱۰/۰۴	۱۵	۵۰

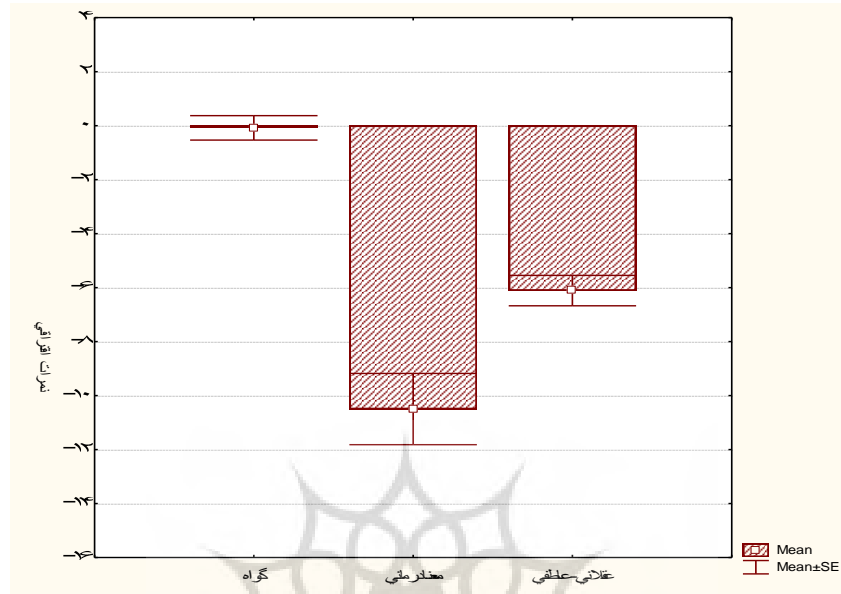
همان گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین افسردگی بیماران در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایشی عقلانی - عاطفی - رفتاری بیشتر از سایر گروه‌ها و میانگین افسردگی بیماران در گروه گواه از همه کمتر است. ولی در مرحله‌های پس آزمون و آزمون پیگیری میانگین افسردگی بیماران در گروه گواه از همه گروه‌ها بیشتر است و تقریباً شاهد کاهش میزان افسردگی گروه گواه نمی‌باشیم. همچنین میانگین گروه معنادرمانی در مرحله‌های پس آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش چشمگیری نشان می‌دهد، در حالیکه میزان کاهش

افسردگی در گروه عقلانی - عاطفی - رفتاری از گروه معادرمانی به مراتب کمتر بوده است. در نمودار زیر مقایسه بین میانگین‌های محاسبه شده برای هر یک از گروه‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری نیز به خوبی نمایان شده است:



نمودار ۱. مقایسه‌ی میانگین نمره‌های افسردگی در سه گروه

از نمودار ۱ آشکار است که میانگین نمره‌های افسردگی گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری تقریباً ثابت است ولی میانگین‌های گروه‌های آزمایشی در پس آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است که البته این کاهش میانگین در روش معنا درمانی بیشتر بوده است. بدین ترتیب با توجه به همین نمودار می‌توان دریافت که میزان تأثیرگذاری متغیر مستقل، یعنی برگزاری نشست‌های گروهی مشاوره به شیوه معادرمانی و شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری، برای گروه معنا درمانی بیشتر بوده است و برگزاری نشست‌های مشاوره‌ای بدین شیوه بیشتر توانسته است در بهبود افسردگی بیماران سودمند باشد.



نمودار ۲. مقایسه میزان بهبودی افسردگی در سه گروه

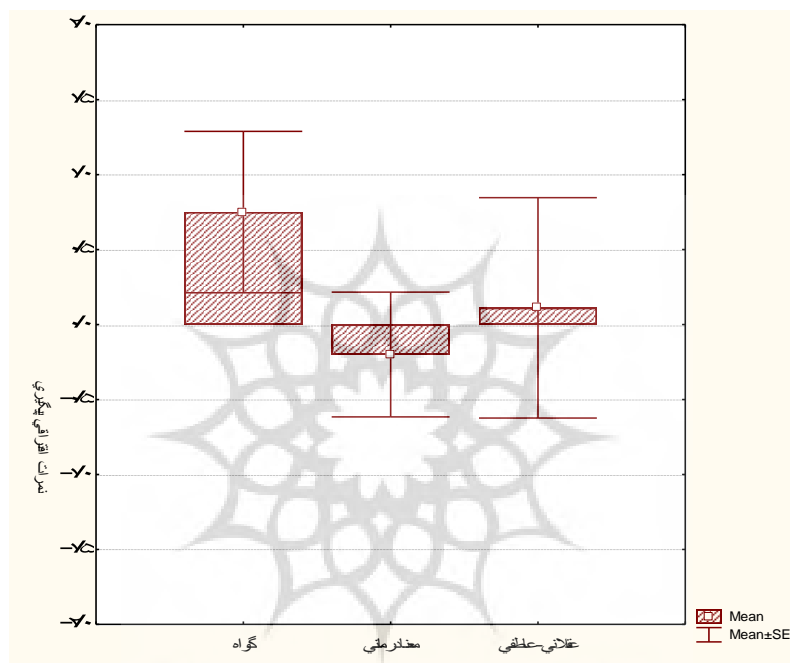
نمره‌های افتراقی برای وضعیت پیگیری نیز محاسبه شده است. این نمره نیز حاصل تفاوت نمره‌ی پیگیری آزمودنی‌ها از نمره آنها در مرحله پس از آزمون است. شاخص‌های پراکندگی و مرکزی نمره‌های سه گروه در جدول زیر مشاهده می‌گردد:

جدول ۵. شاخصهای مرکزی و پراکندگی نمره‌های افتراقی آزمون پیگیری از نمره‌های پس از آزمون

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس	خطای استاندارد	حاصل	حداکثر
گواه	۱۲	۰/۷۵	۱/۸۶	۳/۴۸	۰/۵۴	-۱	۴
معادرمانی	۱۰	-۰/۲۰	۱/۳۲	۱/۷۳	۰/۴۲	-۲	۲
عقلانی - عاطفی - رفتاری	۹	۰/۱۱	۲/۲۰	۴/۸۶	۰/۷۳	-۳	۴
کل	۳۱	۰/۲۶	۱/۸۱	۳/۲۶	۰/۳۲	-۳	۴

با توجه به جدول ۵ آشکار است که میانگین افتراقی برای گروه گواه برابر ۰/۷۵، میانگین افتراقی برای گروه معادرمانی برابر ۰/۲- و میانگین افتراقی برای گروه عقلانی - عاطفی - رفتاری برابر ۰/۱۱ بوده است. بدین ترتیب به نظر می‌رسد که هر چند شاهد بهبودی اندکی تنها

برای گروه معنادرمانی می‌باشیم ولی با توجه به میانگین‌های افتراقی هر سه گروه، تغییری در میزان بهبودی افسردگی بیماران ام. اس. در آزمون پیگیری نسبت به پس‌آزمون دیده نمی‌شود. نمودار زیر نیز میانگین افتراقی (میزان بهبودی) هر گروه را به طور جداگانه نشان می‌دهد:



نمودار ۳. مقایسه میزان بهبودی افسردگی به تفکیک گروه‌ها

با توجه به نمودار ۳ نیز آشکارا درمی‌یابیم که میانگین‌های افتراقی هر سه گروه گویای آن هستند که تغییری در میزان بهبودی افسردگی بیماران ام. اس. در آزمون پیگیری نسبت به پس‌آزمون دیده نمی‌شود.

آزمون فرضیه‌های پژوهش

در این بخش به تناسب فرضیه‌های پژوهش از تحلیل‌های آماری مختلفی استفاده شده است که در ادامه گزارش شده است. نکته‌ای که باید خاطر نشان شود این است که چون طرح

پژوهش حاضر طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل پیشرفته بوده است بهترین روش آماری استفاده از تحلیل کوواریانس یک راهه (آنکوا^۱) بوده است (کرک^۲، ۲۰۱۳)، ولی چون مهمترین مفروضه‌های این روش آماری یعنی همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس^۳ ($P > 0.05$)، تجانس واریانس‌ها ($P > 0.05$)، و همگنی ضرایب رگرسیون^۴ ($P > 0.05$)، در سطح اطمینان ۹۵ درصد برقرار نبودند از روش تحلیل نمرات افتراقی یا تحلیل نمره‌های تفاوت^۴ بهره برده شده است. با توجه به اینکه پژوهش حاضر شامل سه گروه بوده است، از تحلیل واریانس برای نمرات افتراقی (اختلافی) استفاده شده که نتایج در ادامه گزارش شده است.

فرضیه نخست: روش‌های مشاوره‌ی گروهی در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. مؤثر است.

با توجه به اینکه طرح این پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل پیشرفته است، لذا به منظور آزمون فرضیه‌ی نخست پژوهش از تحلیل واریانس یک طرفه برای نمره‌های افتراقی استفاده شده است. برای اطمینان درباره‌ی همسانی واریانس‌ها نیز ابتدا از آزمون لوین استفاده شده است که نتایج در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۶. نتایج آزمون لوین برای همسانی واریانس نمره‌های افتراقی هر سه گروه

سطح معناداری	نسبت F	درون گروه‌ها			بین گروه‌ها			منابع تغییر
		میانگین مجذورها	درجه آزادی	مجموع مجذورها	میانگین مجذورها	درجه آزادی	مجموع مجذورها	
۰/۰۰۱	۹/۴۳	۱/۸۰	۲۸	۵۰/۳۶	۱۶/۹۷	۲	۳۳/۹۳	نمرات افتراقی

با توجه به نتایج جدول، نسبت F لوین در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار است و این یافته گویای آن است که فرضیه همسانی واریانس‌ها برقرار نمی‌باشد. هومن (۱۳۸۴) و سرمد (۱۳۸۴)

1. Analysis of covariance (ANCOVA)
2. Kirk
3. Homogeneity of Regression
4. gain score analysis

خاطر نشان می‌کنند که چنانچه حجم گروه‌های مطالعه برابر یا تقریباً برابر باشد، با اطمینان می‌توان از تحلیل واریانس استفاده کرد حتی اگر واریانس آن‌ها برابر نباشند و تحلیل واریانس نسبت به عدم همسانی واریانس‌ها توانمند یا مقاوم است. در جدول زیر نتایج آزمون فرضیه بالا گزارش شده است:

جدول ۷. تحلیل واریانس یکراهه برای نمره‌های افتراقی

سطح معناداری	F	درون گروه‌ها			بین گروه‌ها			منابع تغییر
		میانگین مجذورها	درجه آزادی	جمع مجذورها	میانگین مجذورها	درجه آزادی	جمع مجذورها	
۰/۰۰۱	۴۰/۸۹	۷/۳۷	۲۸	۲۰۶/۳۱	۳۰۱/۲۷	۲	۶۰۲/۵۳	نمرات افتراقی

جدول ۵ گویای آن است که مقدار F در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار است. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمره‌های این سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. حال جهت بررسی اثر بخشی روشهای مشاوره گروهی در کاهش افسردگی در حالت کلی لازم است که با استفاده از مقابله^۱، روشهای معنادرمانی و عقلانی - عاطفی - رفتاری هر دو با هم ترکیب و در برابر گروه گواه مورد مقایسه قرار گیرند که نتایج آن در جدول زیر داده شده است:

جدول ۸. نتایج مقابله‌ی روش‌های مشاوره‌ی گروهی در برابر گروه کنترل

مقابل	برآورد	خطای استاندارد	t	سطح معناداری
مقابل	۱۶/۴۴	۲/۰۰	۸/۲۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول فوق مقدار t در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار است. بدین ترتیب نتیجه می‌گیریم که در حالت کلی به کارگیری روش‌های مشاوره گروهی (معنادرمانی و عقلانی - عاطفی - رفتاری) در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. مؤثر بوده است.

فرضیه‌ی دوم: مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. مؤثر است.

فرضیه‌ی سوم: مشاوره گروهی به شیوه عقلانی-عاطفی-رفتاری در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. مؤثر است.

فرضیه‌ی چهارم: بین گروه درمانی به شیوه عقلانی-عاطفی-رفتاری و به شیوه معنادرمانی در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. تفاوت وجود دارد.

جهت آزمودن فرضیه‌های دوم تا چهارم از آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است چون نسبت به انحراف از مفروضه‌های بهنجار بودن و همگنی واریانس‌ها حساس نمی‌باشد و موجب افزایش توان آزمون می‌شود (سرمد، ۱۳۸۴، ص ۱۷۹؛ هومن، ۱۳۸۴، ص ۴۱۹). آزمون‌های شفه مربوط به بررسی فرضیه‌های دوم تا چهارم در جدول زیر مشاهده می‌گردد:

جدول ۱۰. نتایج آزمون شفه جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی پیش آزمون- پس آزمون نمره‌های افسردگی در دو گروه درمانی با گروه گواه

گروه‌ها	گواه	معنادرمانی	عقلانی-عاطفی-رفتاری
میانگین‌ها	-۰/۰۸	-۱۰/۵۰	-۶/۱۱
گواه	--	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
معنادرمانی	۰/۰۰۰۱	--	۰/۰۰۰۶
عقلانی-عاطفی-رفتاری	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۶	--

با توجه به جدول ۱۰ پیداست که بر اساس آزمون شفه که جهت بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی نمره‌های افسردگی در دو گروه معنادرمانی و گروه گواه انجام گرفته است، آزمون شفه محاسبه شده در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است و این مطلب حاکی از آن است که نشست‌های مشاوره‌ای به روش معنادرمانی در کاهش افسردگی بیماران سودمند بوده است و شاهد بهبود افسردگی این بیماران می‌باشیم. همچنین با توجه به جدول فوق آشکار است که میانگین پس آزمون افسردگی بیمارانی که در نشست‌های مشاوره‌ای به شیوه معنادرمانی شرکت کرده‌اند نسبت به پیش آزمون ۱۰ واحد کاهش نشان می‌دهد در حالیکه میانگین پس

آزمون گروه گواه نسبت به پیش آزمون ۰/۰۸ واحد کاهش نشان می‌دهد. بدین ترتیب فرضیه دوم پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

همچنین با توجه به جدول بالا، که بر اساس آزمون شفه که جهت بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی نمره‌های افسردگی در دو گروه عقلانی - عاطفی - رفتاری و گروه گواه انجام گرفته است، آزمون شفه در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار است و این مطلب حاکی از آن است که نشست‌های مشاوره‌ای به روش عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش افسردگی بیماران اثر مثبت داشته و شاهد بهبود افسردگی این بیماران می‌باشیم. از سویی دیگر میانگین پس آزمون افسردگی بیمارانی که در نشست‌های مشاوره‌ای به شیوه‌ی معنادرمانی شرکت کرده‌اند نسبت به پیش آزمون ۶ واحد کاهش نشان می‌دهد در حالیکه میانگین پس آزمون گروه گواه نسبت به پیش آزمون ۰/۰۸ واحد کاهش نشان می‌دهد. بدین ترتیب فرضیه سوم پژوهش نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد.

با توجه به مندرجات جدول فوق، همچنین مشخص می‌گردد که آزمون شفه به منظور بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی نمره‌های افسردگی در دو گروه عقلانی - عاطفی - رفتاری و گروه معنادرمانی، در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار است و این مطلب حاکی از آن است که بین گروه درمانی به شیوه‌ی عقلانی - عاطفی - رفتاری و شیوه‌ی معنادرمانی در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. ناهمانندی وجود دارد. با مقایسه ساده میانگین‌های افتراقی این دو گروه در می‌یابیم که میانگین پس آزمون افسردگی بیمارانی که در نشست‌های مشاوره‌ای به شیوه معنادرمانی شرکت کرده‌اند نسبت به پیش آزمون ۱۰ واحد کاهش نشان می‌دهد در حالی که میانگین پس آزمون گروه عقلانی - عاطفی - رفتاری نسبت به پیش آزمون ۶ واحد کاهش نشان می‌دهد. بدین ترتیب نتیجه‌گیری می‌کنیم که نشست‌های مشاوره‌ای به روش معنادرمانی در کاهش افسردگی بیماران اثر مثبت‌تری داشته و بیماران افسرده با این روش بهبودی بیشتری نشان می‌دهند. بدین ترتیب فرضیه چهارم پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

در پایان جهت بررسی این مطلب که آیا سودمندی متغیر مستقل این پژوهش (برگزاری نشست‌های مشاوره‌ی گروهی به شیوه‌ی معنادرمانی و عقلانی- عاطفی- رفتاری) پس از گذشت زمان (در مرحله پیگیری) همچنان پایدار مانده است یا خیر، تفاوت نمره‌های آزمون پیگیری از نمره‌های پس آزمون برای هر سه گروه بدست آمده است و سپس با توجه به اینکه با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل پیشرفته سر و کار داریم از تحلیل واریانس یکراهه برای افتراقی استفاده شده است. ابتدا مفروضه‌ی همسانی واریانس نمره‌های گروه‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفته است که نتایج آن در جدول زیر مشاهده می‌گردد:

جدول ۱۱. نتایج آزمون لوین برای همسانی واریانس نمره‌های افتراقی پس آزمون- آزمون پیگیری هر سه

سطح معناداری	F	گروه			میان گروه‌ها			منابع تغییرات
		درون گروه‌ها			میان گروه‌ها			
		میانگین مجذورها	درجه آزادی	جمع مجذورها	میانگین مجذورها	درجه آزادی	جمع مجذورها	
۰/۳۹	۰/۹۷	۰/۸۲	۲۸	۲۳/۰۸	۰/۸۰	۲	۱/۶۰	نمرات افتراقی پیگیری

همانگونه که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود نسبت F لوین در سطح ۹۵ درصد معنادار نیست و این یافته بدین معناست که گروه‌های آزمایشی و گروه گواه از نظر واریانس همگن می‌باشند. بنابراین جهت تحلیل داده‌های حاصل، از تحلیل واریانس یک راهه برای نمره‌های افتراقی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آورده شده است:

جدول ۱۲. تحلیل واریانس یک راهه برای نمره‌های افتراقی پس آزمون- آزمون پیگیری

سطح معناداری	F	گروه‌ها			میان گروه‌ها			منبع تغییرات
		درون گروه‌ها			میان گروه‌ها			
		میانگین مجذورها	درجه آزادی	جمع مجذورها	میانگین مجذورها	درجه آزادی	جمع مجذورها	
۰/۴۷	۰/۷۸	۳/۳۱	۲۸	۹۲/۷۴	۲/۶۰	۲	۵/۲۰	نمرات افتراقی پیگیری

با توجه به جدول ۱۲ پیداست که مقدار F بدست آمده در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار نیست. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که میان نمره‌های افتراقی حاصل از تفاضل نمره‌های آزمون پیگیری از نمره‌های پس آزمون این سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی معنی‌درمانی گروهی و مشاوره گروهی به شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری و مقایسه تفاوت این دو شیوه درمانی در میزان کاهش افسردگی بیماران ام. اس. بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش افسردگی بیماران ام. اس. مؤثر است. این برآیند همسو با پژوهش‌های زورزون و همکاران (۲۰۰۴)، بلانچ و همکاران (۲۰۰۲)، مختاری (۱۳۸۴)، سلگی (۱۳۸۴)، حسنی (۱۳۸۵)، و حسین‌زاده (۱۳۸۶) است. در تبیین اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش افسردگی بیماران ام. اس می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. یکی اینکه در این رویکرد درمانی باورهای ناکارآمد خاص هر بیمار مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته و ایشان با تکمیل جداول مربوط به رویدادهای برانگیزاننده و باورهای ناکارآمد فعال شده در هر موقعیت با این واقعیت مواجه می‌شوند که ممکن است از محتویات ذهنشان، خودگویی‌ها و یا برداشتها و تفسیرهایی که از موقعیت‌ها دارند مدارک مستدلی حمایت نکند. از طرفی توانایی زیر سوال بردن باورهای ناکارآمد، می‌تواند صدای امیدبخش، انرژی بخش و سالم ذهنی برای ایشان فراهم سازد. مواجه شدن با این واقعیت که می‌توانند و قادرند به مدیریت ذهن خود پردازند و اسیر باورهای منفی و ناکارآمد خویش نشوند آنها را در غلبه بر هیجان منفی افسردگی توانمندتر می‌سازد.

دیگر اینکه این شیوه با آموزش فنونی نظیر آرامسازی‌های مختلف، تصویرسازی ذهنی، تنفس‌های آرام بخش عمیق به بیماران کمک می‌کند تا در موقع لزوم بتوانند از این مهارتها بهره ببرند و بر هیجان‌ات منفی غلبه کنند. فنون دیگر این شیوه درمانی از جمله ابراز وجود نیز

ایشان را به سمت ابراز مقتدرانه خود سوق می‌دهد. وقتی ایشان بتوانند حقوق خود را به درستی تشخیص بدهند و در سبک ارتباطی خود مقتدرانه و در عین حال آرام، اقدام کنند و به حل موثر مسائل خود پردازند، می‌توانند بار ذهنی خود را سبک‌تر نمایند و احساس توانمندی بیشتری برای گزینش افکار مثبت و در نتیجه هیجانهای مثبت داشته باشند.

از یافته‌های دیگر این پژوهش سودمندی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی را در کاهش افسردگی بود که این برآیند با پژوهش‌های ناگاتا (۲۰۰۲)، باور و همکاران (۲۰۰۴)، وندر و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از رودینی، (۱۳۸۶)، لی (۲۰۰۶) از پژوهش‌های خارجی، رودینی (۱۳۸۶)، هزاروسی (۱۳۸۴) و شیخ‌پور (۱۳۸۵) از پژوهش‌های ایرانی همسو است. چرایی اثربخشی بیشتر معنادرمانی نسبت به درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری می‌تواند در ماهیت رنج آور بیماری و پرداختن معنادرمانی به این درد و رنج نهفته باشد. ماهیتی که به تدریج بیمار را به فراسوی بی‌معنایی می‌تواند بکشاند. از دست دادن تدریجی توانمندی‌ها فرد را با این بحران مواجه می‌کند که نه تنها دیگر بودنش سودی برای خانواده یا اطرافیانش ندارد بلکه مسبب آسیب و نگرانی آنها نیز خواهد شد. بحران ترس آوری که اگر مورد غفلت قرار گیرد، می‌تواند آسیبی جدی وارد کند. در گروه معنادرمانی وقتی به معنای رنج رسیدیم واکنش‌های هیجانی و برون‌ریزی‌های هیجانی بسیاری صورت گرفت؛ موضوعاتی که این افراد عمیقاً تجربه کرده‌اند.

از دیگر یافته‌های این پژوهش که در زمینه مقایسه دو شیوه مشاوره گروهی معنادرمانی و عقلانی-عاطفی-رفتاری بود، گویای آن بود که مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی در کاهش افسردگی بیماران مؤثرتر از مشاوره گروهی به شیوه عقلانی، عاطفی، رفتاری بوده است. همچنین پردازش داده‌های برگرفته از آزمون‌های پیگیری نمایای پایداری درمان (پس از سه ماه) در هر دو شیوه است. در تبیین اثربخشی معنادرتر معنی درمانی نسبت به درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری می‌توان گفت از آنجایی که معنی درمانی رنج درون این بیماران را به چالش می‌کشاند و ایشان را به جستجوی معنای رنج‌هایشان فرامی‌خواند، می‌تواند در مدیریت و کنترل

غم و ناراحتی ایشان تأثیر بسزایی داشته باشد. البته نمی‌توان از نظر دور داشت که گروه معنادرمانی بر حسب تصادف از میانگین سنی بالاتری نسبت به گروه عقلانی-عاطفی-رفتاری برخوردار بودند. از آنجایی که این گفت و گوهای فلسفی و عمیق نیازمند محدوده سنی بالاتری است ممکن است یکی از دلایل اثربخشی بیشتر در این گروه مربوط به این موضوع باشد.

از یافته‌های جانبی این پژوهش می‌توان به این مورد اشاره کرد که میزان افسردگی در بیمارانی که ۳۵-۴۰ سال داشتند، 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 آن که می‌تواند بخشی از نگرانی‌های ناشی از هزینه‌های درمان را کاهش دهد، احساس سودمندی در اجتماع را نیز در این افراد تقویت می‌کند. حمایت همسر در خانواده نیز از جمله دلایل احتمالی کاهش افسردگی در بیماران متأهل نسبت به مجردها است. بیمارانی 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 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 پیشرونده‌ی اولیه، نشانه‌ها از ابتدا به طور مزمن پیشرفت می‌کنند و بدتر می‌شوند و بر ناتوانی با گذشت زمان افزوده می‌شود.

بنابراین پژوهش، در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود سودمندی معنی درمانی در گروه سنی پایین‌تر نیز بررسی شود تا با نتایج این پژوهش مقایسه شود. از طرف دیگر این پژوهش در بیمارانی انجام شد که در مرحله حمله‌های حاد بیماری نبودند. شایسته است در پژوهش‌های آینده، از بیمارانی که در حال تجربه مرحله حاد بیماری هستند استفاده شود تا پیامد آن مورد مقایسه قرار بگیرد. از آنجا که یکی از پیامدهای زیانبار افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به

خودکشی است، شایسته است سودمندی این پژوهش در بازخورد این بیماران نسبت به خودکشی مورد ارزیابی قرار بگیرد. در ضمن بهتر است در پژوهش‌های پسین، پژوهشگر بر آن باشد که ارزیابی‌های جسمی را پیش از آغاز گروه انجام دهد تا بهبود وضعیت جسمی بیماران نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

- پروچاسکا، جیمز او. نورکراس، جان. سی. نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه: یحیی سید محمدی (۱۳۹۰). تهران: رشد.
- پورافکاری، نصرت‌الله (۱۳۷۵). فرهنگ جامع روان‌شناسی روان‌پزشکی (انگلیسی^۰ فارسی). جلد ۲. تهران: فرهنگ معاصر.
- تاد، ج. بوهارت، آ. اصول روان‌شناسی بالینی و مشاوره. ترجمه: مهرداد فیروزبخت (۱۳۷۹). تهران: رسا.
- ثنایی‌ذاکر، باقر (۱۳۷۹). روان‌درمانی و مشاوره‌ی گروهی. تهران: چهر.
- حسین‌زاده، زهرا (۱۳۸۶). بررسی آموزش تلقیح استرس در کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مولتی‌پل اسکلروسیس. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.
- حسینی، سده‌السادات (۱۳۸۵). بررسی تاثیر شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به مولتی‌پل اسکلروسیس تحت پوشش انجمن ام. اس ایران. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه الزهرا.
- 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). پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه خاتم.
- سرمد، زهره (۱۳۸۴). گزیده‌ای از تحلیل‌های آماری تک متغیری. تهران: انتشارات سمت.
- سلگی، زهرا (۱۳۸۴). تاثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی بیماران مرد دچار به ایدز در شهر کرمانشاه. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. تهران: دانشگاه الزهرا.

سلیگمن، مارتین. روزنهان، دیوید (۱۹۹۵). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه: یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۰). تهران: ارسباران.

شریفی، حسن پاشا (۱۳۸۵). *اصول روان سنجی و روان آزمایی*. تهران: رشد.

شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۰). *پویایی گروه و مشاوره‌ی گروهی*. تهران: انتشارات رشد.

شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۹۰). *نظریه‌های مشاوره و روان درمانی*. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

شیخ‌پور، نورالله (۱۳۸۵). *تاثیر مشاوره گروهی به شیوه‌ی معنادرمانی در افزایش امید به زندگی معلولین ضایعه نخاعی ناشی از زلزله‌ی شهرستان بم*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه خاتم.

فرانکل، ویکتور. *انسان در جستجوی معنا*. نهضت صالحیان و مهین میلانی (۱۳۹۰). تهران: رسا.

فرانکل، ویکتور. *پزشک و روح*. فرخ سیف بهزاد (۱۳۷۱). تهران: رسا.

مختاری، ستاره (۱۳۸۶). *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.

هزاروسی، بهرام (۱۳۸۴). *کاربرد مشاوره گروهی به شیوه‌ی معنادرمانی در افزایش امید به زندگی در بیماران دچار به سرطان پستان*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه خاتم.

هومن، حیدر علی (۱۳۸۴). *استنباط آماری در پژوهش رفتاری*. تهران: انتشارات سمت.

Blanch, J., Rousaud, A., Hautzinger, M., Martínez, E., Peri, J. M., Andrés, S., ... & Gastó, C. (2002). Assessment of the efficacy of a cognitive-behavioural group psychotherapy programme for HIV-infected patients referred to a consultation-liaison psychiatry department. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(2), 77-84.

Bower, G. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, G. L. (2004). Cognitive processing, Discovery of meaning, Cd4 Decline, and Aids ° Related Mortality among Bet eared HIV Seropositive men. *Journal of consulting and clinical psychology*. 17 (7).

Bradley, W. G., Daroff, R.B., Fenikhel, G. M., & Marsden, C. D. (2004). *Neurology in clinical practice*. Multiple Sclerosis. 2th Ed. New York: Butter worth ° Heinemann.

Corey, G. (2011). *Theory and practice of group counseling*. Cengage Learning.

Dryden, W. (2005). Rational emotive behavior therapy. In *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. 321-324. Springer US.

- Glanz, B. I., Dégano, I. R., Rintell, D. J., Chitnis, T., Weiner, H. L., & Healy, B. C. (2012). Work productivity in relapsing multiple sclerosis: associations with disability, depression, fatigue, anxiety, cognition, and health-related quality of life. *Value in Health, 15*(8), 1029-1035.
- Greer, J. M. (2013). Autoimmune T-Cell Reactivity to Myelin Proteolipids and Glycolipids in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis international, 28* (4).
- Kelly, J.A. (1998). Outcome Cognitive ° Behavioral and support group Brief therapies for Depressed HIV ° in Fected persons. *American Journal of Psychiatry. 150*, 679 ° 688.
- Kirk, R. E. (2013). *Experimental design*. John Wiley & Sons, Inc.
- Kroencke, D. C., Lynch, S. G., & Denney, D. R. (2000). Fatigue in Multiple Sclerosis: relationship to depression, disability, and disease pattern. *Multiple Sclerosis. 12* (3).
- Lee, C. H. (2006). Effects of Logo therapy with exercise on Meaning of life, ego integrity and ADL in the elderly. *Teahan kanho Hakhoe chi. 36*(5), 701 ° 709.
- Lobentanz, I. S., Asenbaum, S., Vass, K., Sauter, C., Klösch, G., Kollegger, H., ... & Zeitlhofer, J. (2004). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Act Neurological Scandinavia, 110*(1), 6-13.
- Patten, S. B., Berzins, S., Metz, L. m. (2012). Challenges in screening for depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis, 16*: 1406-1411
- Lopes, S. M., & Perez, T., & Barco, A.N., & Ribal, J. (2004). Multiple Sclerosis and Depression. *Review Neural. 36*(6), 524 ° 529.
- Mohr, D. C., Likosky, W., Bertagnolli, A., Goodkin, D. E., Van Der Wende, J., Dwyer, P., & Dick, L. P. (2000). Telephone-administered cognitive° behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(2), 356.
- Molassiotis, A. (2002). A pilot study of the effects of Cognitive ° Behavioral Group therapy and peer support / Counseling in Decreasing psychology distress and Improving Quality of life in Chines patients with psychosomatic HIV disease. *Journal of Nurses. 21*(2).
- Nagata, K. (2002). [A study of logo therapy for chronic low back pain patients]. *Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatria et neurologia Japonica, 105*(4), 459-467.
- Olek, M. J., & Dawson, D .M. (2000). Multiple Sclerosis and other inflammatory demyelinating Diseases of the central Nervous System. *Neurological Diseases*. Philadelphia: John Wiley & Sons. Ink
- Patten, S. B., & Mets, S. L. M. (2002). Hopelessness rating in relapsing remitting and secondary progressive Multiple Sclerosis. *Psychiatry Med, 32* (2), 155 ° 165
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Koch, M., & Metz, L. M. (2013). Depression as a predictor of occupational transition in a multiple sclerosis cohort. *Functional neurology, 28*(4), 275.
- Pittion-Vouyovitch, S., Debouverie, M., Guillemin, F., Vandenberghe, N., Anxionnat, R., & Vespignani, H. (2006). Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. *Journal of the neurological sciences, 243*(1), 39-45.

- Ponsonby, A. L., Lucas, R. M., Dear, K., van der Mei, I., Taylor, B., Chapman, C., ... & Williams, D. (2013). The physical anthropometry, lifestyle habits and blood pressure of people presenting with a first clinical demyelinating event compared to controls: The Au immune study. *Multiple Sclerosis Journal*, 19(13), 1717-1725.
- Vandar, W. S. P., Evers, A., Gongen, P. J., & Bleijenberg, G. (2003). The role of hopelessness as Mediator between neurological disabilities, emotional instability. Experienced fatigue and depression in patient with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 9 (1), 89 ° 94.
- Wang, J. L., Reimer, M. A., Metz, L. M., & Patten, S. B. (2000). Major depression and quality of life in individuals with multiple sclerosis. *International journal of psychiatry in medicine*, 30(4), 309-318.
- 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*. 34 (2), 100 ° 123
- Zorzon, M., Ziadinov, R., & Tommasi, M. A. (2004). Depression Symptom and Anxiety Symptom in MS. *European Journal neurology*. 9(5), 491 ° 496.

