

تاثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی

زنان سالمند مقیم آسایشگاه

Effects of Group Logotherapy on decreasing Depression and Increasing Meaning in life on older adults resident in Sanatorium.

T. pourebrahim, ph.D: Assistant professor of shahid Beheshte Uni.

t_pourebrahim@sbu.ac.ir

R. Rasoli, ph.D: Assistant professor of yazd Uni.

دکتر تقی پوراابراهیم: استادیار دانشگاه شهید بهشتی

دکتر رویا رسولی: استادیار دانشگاه یزد

Abstract: The purpose of this semi-experimental study was to investigate the effects of group logotherapy on decreasing depression and increasing meaning in life among older adults resident in Sanatorium. Research sample were 30 women older adults resident in Ghods sanatorium. Research instruments was Geriatric Depression Scale GDS(1993) and Meaning in Life Questionnaire MLQ (2004). GDS and MLQ were administrated as the pretest and post test on older adults that took 15 score or more in GDS, selected randomly as 1 group experimental and 2 groups control. The results of post-Test covariance analysis showed that there was no significant difference between experimental group and control groups in terms of GDS post-test scores but there was significant difference between experimental group and control groups on MLQ post-test scores. There for, it can be concluded that group logotherapy could increase meaning in life but could not decrease depression.

چکیده: هدف این پژوهش نیمه آزمایشی تعیین اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی سالمندان زن مقیم آسایشگاه بود. نمونه شامل ۳۰ زن بالای ۶۵ سال از جامعه آماری سالمندان ساکن آسایشگاه قدس تهران بود که پس از اجرای آزمون افسردگی سالمندان GDS (۱۹۹۳) و آزمون معنای زندگی MLQ (۲۰۰۴) افرادی که نمره ۱۵ یا بالاتر در آزمون GDS کسب کردند به روش تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در ۱ گروه آزمایشی و ۲ گروه گواه جایگزین شدند. پس از معنادرمانی گروهی مجدداً آزمون های مذکور اجرا و برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آزمون آماری تحلیل کواریانس پس آزمون در سطح ۰/۰۵ استفاده شد. تحلیل نتایج نشان داد گرچه افسردگی گروه آزمایش پس از اجرای روش درمانی کاهش یافته است اما این کاهش، بین گروه های گواه و آزمایش معنی دار نیست در حالی که در ارتقای معنای زندگی، بین گروه های آزمایش و گواه تفاوت معنادار بود.

Key words: depression, group logotherapy meaning in life, older adults

کلید واژه ها: افسردگی، سالمندان، معنای زندگی، معنادرمانی گروهی

مقدمه

سالمندی را معمولاً سن بالای ۶۵ سال برمی‌شمارند. سالمندی با تغییر پایگاه اجتماعی، کاهش روابط اجتماعی، افزایش اوقات بیکاری، کاهش درآمد و مشکلات بهداشتی و درمانی همراه است که می‌تواند در بهداشت روان سالمندان^۱ اختلال ایجاد کند. یکی از این اختلال‌های افسردگی است (اردبیلی، ۱۳۸۳).

افسردگی بازتابی عاطفی است که برخی افراد در سالمندی تجربه می‌کنند. حدود ۱۲ تا ۱۶ درصد سالمندان دچار افسردگی می‌شوند، ضمن آن که ۲۰ تا ۳۰ درصد آن‌ها نیز گاه‌گاهی از افسردگی را نشان می‌دهند (اردبیلی، ۱۳۸۳). به طور کلی این میزان در خانه‌های سالمندان بیشتر است و حدود ۳۵ درصد برآورد می‌شود (صادق مقدم، ۱۳۸۱)؛ اکثر سالمندان دوستان نزدیک یا همسران خود را از دست داده، یعنی دستخوش تجربه داغدیدگی، سوگ و اندوه شده‌اند. آمار نشان می‌دهد در آمریکا تعداد زنان سالمندی که همسران خود را از دست داده‌اند حدود ۶ برابر مردان است زیرا میانگین طول عمر زنان حدود ۶۸ سال بیشتر است. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد زنان سالمند بعد از مرگ همسر به ندرت ازدواج می‌کنند اما این امر در مورد مردان صادق نیست (پرلمیوتر^۲، ۱۹۹۶).

ساکنان خانه‌های سالمندان بیشتر در معرض افسردگی هستند. در این مکان‌ها افسردگی می‌تواند به طور مقطعی به علت بیماری‌های مزمن و مشاهده ناتوانی افراد دیگر و همین‌طور بالا بودن میزان مرگ و میر به وجود آید. علاوه بر این ویژگی‌های سازمانی آسایشگاه هم عامل موثر است. وابستگی آموخته شده به علت پذیرایی طولانی مدت از سالمند هم می‌تواند باعث بقای افسردگی شود. در فرهنگ ما با توجه به اهمیت خانواده و تعلقات خانوادگی موجود و تأکیدی که اسلام بر احترام به سالمندان دارد، سالمندان انتظار دارند همان‌طور که فرزندان خود را حمایت کرده‌اند فرزندان آن‌ها نیز در سالمندی از آن‌ها مراقبت کنند ولی وقتی در آسایشگاه مقیم می‌شوند انتظار آن‌ها برآورده نشده و در مواقعی دچار افسردگی می‌شوند. (کاری^۳، ۱۹۹۰).

ساکنان خانه‌های سالمندان در غیاب روابط گرم با اعضای خانواده مستعد افسردگی و بی‌معنایی در زندگی هستند. غالباً زندگی سالمندان در آسایشگاه با ناامیدی و فقدان معنا در زندگی همراه است (برودی و سمل^۴، ۲۰۰۶)، که می‌تواند منبع افسردگی این قشر باشد.

1. Older adults
2. Purmulter
3. Corey
4. Brody & Semel

به علاوه شواهدی وجود دارد که سالمندان نسبت به جوانترها کمتر از خدمات بهداشت روانی بهره مند می شوند. سه عامل وجود دارد که تشخیص افسردگی را در سالمندان پیچیده می کند: بیماری‌های جسمی همراه، آسیب شناختی و رخدادهای ناسازگار زندگی (زیسوک، دان و سابل^۱، ۲۰۰۲).

از جمله عواملی که می تواند با افسردگی مرتبط باشد فقدان معنا در زندگی است. معنادرمانی روشی از رویکرد وجودی است که می تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش با یافتن معنی در زندگی شان آماده کند. «فرانکل^۲» بر اساس کار بالینی و مطالعه نتیجه گرفت فقدان معنا منبع اصلی استرس وجودی و اضطراب است. او «نوروز وجودی^۳» را به عنوان تجربه بی معنایی می داند. بنابراین بر اساس نظر «فرانکل» درمان برای کمک به مراجعان است تا معنایی را در زندگی شان پیدا کنند. از نظر «فرانکل» (به نقل از برادفورد، ۱۹۸۷) راه های زیادی برای یافتن معنا وجود دارد: از طریق کار، از طریق عشق، از طریق رنج و از طریق این که کاری برای دیگران انجام دهیم. می توانیم به معنا دست پیدا کنیم.

در درمان افسردگی با معنادرمانی^۴ فرد روان نژند حمایت می شود که رنجش او گذرا است گرچه او نمی تواند معنای زندگی اش را در زمان افسردگی دریابد اما زندگی او با معنا است. معنا درمانی چند فن خاص دارد که بر آن ها تاکید می شود: تغییر نگرش ها، قصد متضاد، اندیشه زدایی، معنادرام^۵ و استفاده از معانی ماوراء الطبیعه (براد فورد، ۱۹۸۷)

فرایند درمانی زمانی به نتیجه می رسد که فرد از طریق رنج بردن، کار و عشق، چالش ایجاد نماید. معنادرمانی بر پایه مفاهیم اساسی از قبیل آزادی، مسئولیت پذیری، ارزش ها و جستجوی معنا قرار دارد (کوری^۶ و کوری، ترجمه بهاری، ۱۳۸۲).

در سال های اخیر ساختار معنای زندگی توسعه جدیدی پیدا کرد. و معنای زندگی به عنوان شاخص بهزیستی مورد توجه قرار گرفته است. تعریف معنای زندگی در حوزه های مختلف متفاوت است به دلیل این که تعریف جهانی از معنا که بتواند مناسب زندگی هر کس باشد وجود ندارد و هر کس باید خودش در زندگی معنایی داشته باشد. «بایومیستر^۷» بیان کرد احساس معنا از طریق برآورده شدن نیازهای اولیه به هدفمندی، کارامدی و خود ارزشمندی تحقق می یابد و

1. Zisook, Dunn & Soble

2. Frankle

3. existential neurosis

4. logotherapy

5. logodrama

6. Corey

7. Baumeister

دیگر پژوهشگران اشاره کرده اند که تحقق معنا با اهمیت عملی و تصمیم گیری روزانه ارتباط دارد (استگرو اویشی^۱، ۲۰۰۴).

داشتن معنا یا هدف در زندگی ارتباط مثبتی با عوامل روان شناختی دارد و منجر به سازگاری سالمندان، رضایت از زندگی، احساس خوب روان شناختی، حمایت اجتماعی و دلیل زنده ماندن در آن ها می شود (مارتینی^۲، ۲۰۰۴).

اهمیت مطالعه معنا برای پژوهش در سالمندی اولین بار به طور قوی توسط «رکر^۳» و «وونگ^۴» (به نقل از کولمن^۵، ۲۰۰۴) مطرح شد. تعریف آن ها بر اساس مفاهیم فرانکل شامل هدف زندگی، خلا وجودی، پذیرش و معناجویی بود. بوجنتال^۶ (به نقل از شارف^۷، ۱۳۸۱) برخی از بیماران خود را میوس می نامید و منظور او از یاس این بود که هدفمندی و خواستن در آن ها مسدود شده است.

ترومبیتی^۸ (۲۰۰۶) سعی کرده است فهم ما را از این که به عنوان یک انسان چگونه در دوره آخر زندگی درک می شویم، مورد قضاوت قرار می گیریم و زندگی خود را ارزیابی می کنیم گسترش دهد. او پژوهشی با ۳ هدف انجام داد: دیدگاه ما برای معنا در زندگی چیست؟ چه رابطه ای بین معنا در زندگی و کیفیت زندگی وجود دارد؟ و کیفیت زندگی سالمندان با دانشجویان چه تفاوت هایی دارد؟ نتایج پژوهشی او حاکی از این بود که تحقق معنای زندگی در کمک به یکدیگر، داشتن هدف، حفظ رابطه با خانواده و بهزیستی است. معنا در زندگی جدا از کیفیت زندگی درک می شود و سالمندان از کیفیت زندگی متفاوتی نسبت به جوانان برخوردارند. «روت و فناگی^۹» (به نقل از اسمایر و کوالز^{۱۰}، ۲۰۰۰) اثربخشی درمان های روان پویایی کوتاه مدت، درمان شناختی و درمان شناختی-رفتاری را برای کاهش افسردگی سالمندان بررسی و اثرات معناداری را در هر ۳ روش مشاهده کردند. «تامپسون و گالاکر^{۱۱}» (به نقل از اسمایر و کوالز، ۲۰۰۰) روان درمانی کوتاه مدت را در کار بالینی خود برای کاهش افسردگی سالمندان

1. Steger & Oishi
2. Martiny
3. Reker
4. Wong
5. Colman
6. Bojntal
7. Sharf
8. Trombetti
9. Roth and Fonagy
10. Smyer & Qualls
11. Thompson and Gallagher

تاثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی...

مورد استفاده قرار دادند. «نزو و پری^۱» (به نقل از الیسون و آنتوگینی^۲، ۲۰۰۶) یک مدل حل مشکل را برای درمان افسردگی سالمندان مطرح کردند و آندرسون^۳ (۲۰۰۲) قدرت درمان حل مساله را بدون درمان دارویی برای علاج افسردگی سالمندان تشریح کرده است.

بر اساس ادبیات مداخلات روان درمانی در خانه‌های سالمندان^۴ تا سال ۱۹۹۶، ۶ مطالعه گروهی گواه شده انجام شده است که در نتیجه آن‌ها به طور معنی‌داری میزان افسردگی سالمندان کاهش نیافته است. این مداخلات شامل خاطره‌گویی گروهی، شناخت درمانی گروهی و گروه‌های ورزش بوده‌اند (شیخ^۵، ۱۹۹۶). مشاوره گروهی با شیوه شناخت درمانی در کاهش افسردگی زنان سالمند (تقوایی و علی حمیدی، ۱۳۸۳) و گروه درمانی بر کاهش افسردگی سالمندان آسایشگاه کهریزک اثربخش بوده است (صادق مقدم، ۱۳۸۱).

کمبود معنا در زندگی با نیاز به درمان برای افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد ارتباط دارد (استگر و اویشی، ۲۰۰۴). معنا درمانی می‌تواند در درمان بی‌خوابی، اضطراب، وسواس و افسردگی به کار رود (کوری^۶، ۱۹۹۰). بریتبارت^۷ (۲۰۰۴) در پژوهشی تحت عنوان «درمان معنا محور برای بیماران سرطانی»، بر اساس چهارچوب درمانی فرانکل این درمان معنامحور را به کار گرفت و افسردگی آنان را کاهش داد. به نظر سیبر^۸ (۲۰۰۰) معنادرمانی فرانکل می‌تواند در آسایشگاه‌های سالمندان در موارد خاص مورد توجه قرار گیرد.

تدارک خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی برای ارائه راهبردهای درمانی اثر بخش به منظور کمک به مقابله سالمندان با افسردگی و ارتقای معنای زندگی ضروری می‌نماید. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا معنادرمانی گروهی باعث کاهش افسردگی و همچنین باعث ارتقای معنای زندگی سالمندان زن مقیم آسایشگاه می‌شود؟ از این رو در این پژوهش مشاوره گروهی معنادرمانی برای کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی زنان سالمند مقیم در آسایشگاه قدس به کار گرفته شد تا سؤال‌های بالا مورد آزمون قرار گیرد.

-
1. Nezu and Peri
 2. Ellison & Antogini
 3. Anderson
 4. Nursing hom
 5. Sheikh
 6. Corey
 7. Breitbart
 8. Seeber

روش

روش پژوهش شبه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه گواه بود. داده ها با روش آماری تحلیل کواریانس پس آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه پژوهش، سالمندان زن مقیم آسایشگاه دولتی قدس تهران به عنوان جامعه در دسترس در نظر گرفته شد. نمونه شامل ۳۰ زن سالمند بود. سالمندانی که فاقد اختلال های روان شناختی (فراموشی، دمانس، آلزایمر) بودند، از لحاظ جسمی توانایی شرکت در پژوهش را داشتند، تحت درمان داروئی افسردگی نبودند، طی یک ماه قبل دچار بیماری یا حادثه منجر به آسیب جسمی یا روانی نشده بودند و سن آن ها ۶۵ سال به بالا بود به آزمون مقیاس افسردگی سالمندی (GDS)^۱ پاسخ دادند. از بین آن هایی که در این آزمون نمره ۱۵ به بالا را در پیش آزمون کسب کردند، ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و در یک گروه آزمایش و دو گروه گواه یک گروه کنترل و یک گروه بحث آزاد^۲، که هر گروه شامل ۱۰ نفر بود با جایگزینی تصادفی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱- مقیاس افسردگی سالمندان (GDS): این آزمون توسط یساویج^۳ برای ارزیابی افسردگی سالمندان ساخته شد و آزمونی مناسب برای تشخیص علائم افسردگی در سالمندان است که در محیط های متعدد درمانگاهی و غیر درمانگاهی اعتباریابی شده است و در تشخیص بالینی افسردگی از ثبات درونی و بیرونی برخوردار است. پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۵ است (یساویج، ۱۹۹۳). در سال ۱۹۸۶ فرم کوتاه ۱۵ سئوالی دارای ۹۰٪ ویژگی و ۸۰٪ حساسیت برای تشخیص افسردگی بیماران بیمارستان بود (گیل^۴، ۲۰۰۴). این آزمون شامل ۳۰ سوال است که به صورت بلی و خیر جواب داده می شود. نمره بین ۹-۰ بدون افسردگی، ۱۹-۱۰ افسردگی متوسط و ۳۰-۲۰ افسردگی شدید را نشان می دهد.

این مقیاس دارای خصیصه های روان سنجی مورد انتظار است. در مطالعه ای پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۵ و ۵ دقیقه بعد ۰/۸۶ بود. نمرات آن برای نشان دادن عدم

1. Geriatric Depression Scale

۲. گروه بحث آزاد گروهی غیر رسمی است که اعضای آن دور هم می نشینند و به صورت غیر هدفمند و غیر سازمان یافته، بدون حضور و دخالت مشاور یا رواندرمانگر محتوای جلسه را پیش می برند.

3. Yesavage

4. Gail

تاثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی...

افسردگی، افسردگی متوسط و افسردگی شدید تفاوت معنادار دارند که حاکی از اعتبار آن است. از طرف دیگر در مورد اعتبار آن، همبستگی $r=0/84$ با مقیاس «همیلتون^۱» و با آزمون «بک^۲» $r=0/73$ گزارش شده است (سگال^۳، ۲۰۰۲).

با توجه به این که برای این آزمون در ایران روایی و اعتباری به دست نیامده است، برای سنجش میزان اعتبار آن در این پژوهش از روش دو نیمه کردن آزمون و از طریق فرمول «اسپیرمن - براون» استفاده شد و اعتبار $0/96$ به دست آمد. روایی آن نیز با آزمون بک به عنوان روایی همگرا سنجیده و ضریب همبستگی $0/96$ حاصل شد.

۲- آزمون معنای زندگی (MLQ)^۴: این آزمون شامل ۱۰ سوال است که مرتبط با معنای حاضر در زندگی و جستجوی معنا در زندگی را می‌سنجد. پاسخ به هر سوال با میزان موافقت یا مخالفت با یک عبارت در یک طیف ۷ درجه ای سنجیده می‌شود.

استگر و اویشی (۲۰۰۴) در ۴ مطالعه شواهدی را برای ثبات درونی، ثبات زمانی^۵، ساختار عاملی و اعتبار آزمون معنای زندگی ارائه داده اند اما در ایران مطالعه ای برای اعتبار این آزمون انجام نگرفته است.

شیوه اجرا

پس از انتخاب افراد نمونه و مشخص شدن گروه ها، بر اساس شرح جلسات تدوین شده برای گروه آزمایش، ۱۰ جلسه، هفته ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه روان درمانی آن ها انجام شد. بعد از اتمام جلسات همه افراد به دو آزمون افسردگی سالمندان و معنای زندگی به عنوان پس آزمون پاسخ دادند. علت در نظر گرفتن گروه بحث آزاد این بود که تاثیر احتمالی متغیر مستقل صرف نظر از عامل درمانی «تجمع گروهی» تبیین شود. بستر جلسات گروه آزمایشی بر مبنای طرح های درمان برای افسردگی سالمندان بود که دبراه^۶ (۱۹۹۹) بر اساس پژوهش های روان شناسی پیری و نوروسایکولوژی پیری طرح کرده است. این مولف دست پژوهشگران را باز گذاشته تا برای پیاده کردن این طرح ها از روش های درمانی موردنظر استفاده کنند. خلاصه جلسات معنادرمانی گروهی انجام شده در جدول ۱ آمده است.

1. Hamilton
2. Beck
3. Segal
4. Meaning in Life Questionnaire
5. Temporal stability
6. validity
7. Debrah

جدول ۱. خلاصه جلسات معنا درمانی گروهی

جلسات	اهداف	فعالیت ها
۱	آشنایی، تعیین هدف و قوانین گروه، شناخت افسردگی	- معرفی اعضاء و رهبر - تشویق اعضاء به بیان یک عبارت هدفمند برای شرکت در گروه - جمع بندی و بیان قوانین گروه - بیان نشانه های افسردگی
۲	بیان مشکل، صورتبندی قرارداد درمانی	- بیان مشکل توسط اعضاء و فراخوانی نشانه های افسردگی و سؤال از معنا توسط درمانگر - سؤال از انتظارات اعضاء و بیان برنامه گروه و قرارداد درمانی توسط درمانگر
۳و۴	دریافت زمینه اصلی احساس گناه در افسردگی	- خواستن از اعضاء که داستان زندگی خود را به صورت خلاصه بیان کنند. - توصیف افرادی که در زندگی بیشترین تأثیر را در زندگی آن ها داشته است. - انعکاس معنای نهفته در داستان زندگی افراد که حاکی از یک احساس گناه است توسط درمانگر
۵	کار در مورد نگرش های اعضاء گروه	- بحث باورهای کلیشه ای در مورد سالمندی، همچنین نگرش منفی و بدبینانه به زندگی
۶	تصریح معنایابی	- اجرای آزمون هدف زندگی کرونباخ - اجرای معنا درام
۷	بررسی موضوع معنی زندگی و مرگ	- تشویق اعضاء برای صحبت در مورد اهداف زندگی از گذشته تا امروز - سؤال از رابطه بین اهداف و معنی زندگی - توصیف نمونه ای از رویارویی فرد با مرگ و نگرانی فعلی در مورد مرگ - بازخوردهای لازم
۸	غلبه بر یاس	- تحریک علاقه اجتماعی به عنوان مثال: آوردن عکس از خانواده و صحبت راجع به آن با اعضاء گروه
۹	- حمایت عاطفی اعضاء از یکدیگر- تعامل بیشتر	- تکمیل جملات ناتمام - استفاده از فن صندلی خالی، رفتن به طرف یکدیگر و آرامش دادن به همدیگر به روش خود (مثلاً لمس کردن، در آغوش گرفتن) - ارائه تکلیف برای داشتن تماس های جدید با افراد خارج از گروه
۱۰	خلاصه و اختتام	- افراد گروه دو به دو در مورد آموخته های خود با هم صحبت کردند و نتیجه صحبت را در گروه بیان کردند. - خلاصه جلسات توسط اعضاء و رهبر بیان شد.

نتایج

در جدول ۲ تعداد افراد، میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون گروه ها و متغیرها ارائه شده است. نتایج استنباطی تجزیه و تحلیل کواریانس برای متغیرها در جداول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای وابسته

متغیر	گروه	نوع آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	* ۹	۲۱	۲/۸۹
		پس آزمون	* ۹	۱۶/۶۶	۵/۸۵
	گواه	پیش آزمون	۱۰	۱۶/۷	۳/۳۵
		پس آزمون	۱۰	۱۷/۳	۴/۸۷
	بحث آزاد	پیش آزمون	* ۸	۱۹/۵	۳/۷۴
		پس آزمون	* ۸	۱۶/۷۸	۵/۶۴
معنای زندگی	آزمایش	پیش آزمون	* ۹	۲۸/۱۱	۸/۸۸
		پس آزمون	* ۹	۳۴/۶۶	۹/۳۶
	گواه	پیش آزمون	۱۰	۲۷/۵۰	۸/۱۸
		پس آزمون	۱۰	۲۷/۴۰	۸/۸۴
	بحث آزاد	پیش آزمون	* ۸	۲۸/۸۷	۱۱/۵۰
		پس آزمون	* ۸	۲۷/۳۷	۱۱/۵۶

*افت آزمودنی ها

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲ چون مقدار F محاسبه شده ($F=۱۲/۹۵۱$) در درجات آزادی ۲ و ۲۳ از مقدار F جدول ($F=۳/۴۲$) بیشتر است بنابراین فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین های سه گروه تفاوت معنادار است.

با توجه به معنادار شدن تفاوت ها در متغیر معنای زندگی، ملزومات تحلیل کواریانس یعنی آزمون همگنی واریانس ها، آزمون خطی بودن رابطه بین متغیر همراه و وابسته و آزمون همگنی ضرایب رگرسیون انجام شد که نشان داد واریانس ها برابر، رابطه بین متغیر همراه و وابسته خطی و ضرایب رگرسیون همگن هستند. نهایتاً این که آزمون تعقیبی شفه حاکی از تفاوت معنادار بین گروه های آزمایش و بحث آزاد و بین گروه های آزمایش و گواه بود ولی این آزمون بین گروه گواه و بحث آزاد تفاوت معنا دار را نشان نداد. بنابر این معنا درمانی گروهی توانسته است باعث ارتقای معنای زندگی شود.

جدول ۳. تحلیل کواریانس پس آزمون افسردگی (مقایسه با گروه گواه و مقایسه با گروه بحث آزاد)

احتمال F	نسبت F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	شاخص های آماری منابع واریانس
۰/۸۶	۰/۰۳	۰/۸۷	۱	۰/۸۷	گواه
۰/۰۹	۳/۱۶	۹۱/۵۰	۱	۹۱/۵۰	بحث آزاد
۰/۳۸	۰/۸۱	۲۳/۲۸	۱	۲۳/۲۸	گواه
۰/۶۱	۰/۲۷	۷/۸۷	۱	۷/۸۷	بحث آزاد
		۲۸/۶۲	۱۶	۴۵۸/۰۲	گواه
		۲۸/۹۵	۱۴	۴۰۵/۳۷	بحث آزاد
			۱۸	۴۸۲/۵۲	گواه
			۱۶	۴۹۷/۰۵	بحث آزاد

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۳ چون مقدار F محاسبه شده ($F=0/81$) در درجات آزادی ۱ و ۱۶ از مقدار F جدول ($F=4/49$) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تایید و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه گواه و آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد. همچنین چون مقدار F محاسبه شده ($F=0/27$) در درجات آزادی ۱ و ۱۴ از مقدار F جدول ($F=4/60$) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تایید و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه بحث آزاد و آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد. براین اساس معنادرمانی گروهی افسردگی را کاهش نداده است.

جدول ۴. تحلیل کواریانس پس آزمون معنای زندگی (مقایسه سه گروه)

احتمال خطا	نسبت F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	شاخص های آماری منابع واریانس
۰/۰۰۱	۱۵۱/۴۷۹	۱۹۰۳/۲۸۶	۱	۱۹۰۳/۲۸۶	متغیر همراه
۰/۰۰۱	۱۲/۹۵۱	۱۶۲/۷۳۰	۲	۳۲۵/۴۵۹	بین گروهی
		۱۲/۵۶۵	۲۳	۲۸۸/۹۸۹	درون گروهی
			۲۶	۲۵۱۰/۰۷۴	مجموع

بحث

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، معنادرمانی گروهی باعث کاهش افسردگی سالمندان زن مقیم آسایشگاه نمی‌شود که با نتایج ادبیات مداخلات روان درمانی در خانه‌های سالمندان

توسط شیخ تا سال ۱۹۹۶ هماهنگ است. که کاهش معناداری در اندازه های افسردگی در شش مطالعه گواه شده مشاهده نکرد. همین طور با نتایج پژوهش های روت و فناگی (اسمایر و کوآلز، ۲۰۰۰) همسو است. آن ها در دو مطالعه گروه درمانی با دو روش روان پویایی گروهی و شناخت درمانی گروهی با ۲۰ نفر از افراد ۵۵ ساله افسرده تفاوت های بالینی در سالمندان مشاهده نکردند اما این یافته با نتایج پژوهش های استون و کرامپ (به نقل از تقوایی و علی حمیدی، ۱۳۸۳) متفاوت است، که خاطره گویی گروهی بر کاهش میزان افسردگی، افزایش اعتماد به نفس و بهبود خود مراقبتی سالمندان موثر بوده است. همچنین با نتایج پژوهش رهگوی (۱۳۸۱) مغایر است که خاطره گویی گروهی را بر کاهش افسردگی زنان سالمند مقیم در سرای سالمندان بهزیستی صرف نظر از روش به کار گرفته شده، موثر یافته بود.

عدم تایید معنادار این روش از چند جنبه قابل تحلیل است. اول آن که حدود ۷۰٪ اشخاص بالای ۶۵ سال پدربزرگ یا مادربزرگ بودند (امانی، ۱۳۷۹) و از طریق تعامل با نوه هایشان معنای جدید و مطلوبی را تجربه می کنند و آن را رشد می دهند و در جای دیگر بیشترین توجه در ارتباط با فرزندانشان است. جایی که قادرند بعضی از موضوعات زندگی خود را تحلیل کنند. به نظر می رسد به لحاظ فرهنگی پدیده خانه سالمندی در ایران پذیرفته شده نیست و همواره تاکید می شود فرزندان وظیفه دارند در دوران پیری از والدین خود مراقبت کنند لذا سالمندان ساکن آسایشگاه، به محض سکونت، با رویداد غیر منتظره روبرو می شوند. بنابراین می توان گفت سالمندان ساکن آسایشگاه دچار یک صدمه دل بستگی شده اند. بر اساس نظریه «بالبی»^۱ (به نقل از جانسون و ویفن، ۲۰۰۳) کودک نسبت به انگاره دل بستگی اش که معمولاً مادر است دل بسته است و بر مبنای نظریه «شیور و هازن»^۲ (به نقل از جانسون و ویفن، ۲۰۰۳) این دل بستگی در بزرگسالی نیز بین زن و شوهر وجود دارد لیکن به صورت دو طرفه است. بنابراین می توان استنباط کرد دل بستگی ادامه می یابد و در پیری نیز تا حدودی به صورت یکطرفه (مانند دوران کودکی) باقی می ماند لیکن بر عکس این بار فرزندان به عنوان چهره دل بستگی محسوب می شوند. از این رو اگر در روش درمانی برای کاهش افسردگی سالمندان این موضوع لحاظ نشود شاهد اثر بخشی درمان نخواهیم بود.

پژوهشگران مدام در جلسات مشاوره با این موضوع مواجه بودند که سالمندان از دوری فرزندان و طرد شدن از طرف آن ها شکایت داشتند. دوم این که یکی از علل افسردگی سالمندان آسایشگاه، بیماری ها و مشکلات جسمی آن ها است. بنابراین تغییر در خلق افسرده تا اندازه

1. Bowlby
2. Shaver & Hazan
3. Jahnson & Wiffen

زیادی منوط به تغییر در وضعیت جسمی آنان است. همان طور که زاریت و زاریت^۱ (۱۹۹۶) متذکر شده‌اند، علیرغم کارآمدی برخی روان درمانی‌ها مانند درمان‌های شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی سالمندان، این توصیه موسسه ملی سلامت روان را که همزمان با روان درمانی از ضد افسردگی‌ها هم استفاده شود، را می‌توان مدنظر قرار داد. علاوه بر این، همین مولفان متذکر می‌شوند که اثر بخشی مشاوره و روان درمانی در آسایشگاه‌های سالمندان به جلساتی کوتاه‌تر اما با فراوانی بیشتر نیاز دارد.

مردم در طول زندگی بارها در مورد معنای زندگی از خودشان سوالاتی می‌پرسند این موضوع نه تنها در فرهنگ دینی ما مورد تاکید قرار گرفته است، بلکه به معناجویی انسان در این فرهنگ نیز پاسخ داده است هم بحث یافتن معنا و هم سوال مربوط به چالش با ارزش‌ها عموماً در گروه-ها مطرح می‌شود. یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد معنادرمانی گروهی باعث ارتقای معنای زندگی سالمندان می‌شود. در این رابطه پژوهش همسویی یافت نشد جز این که بریبارت (۲۰۰۴) برای روان درمانی بیماران سرطانی این روش را به کار گرفته ولی نتایجی را گزارش نکرده بود. به هر حال این سوال مطرح است که چگونه این روش معنای زندگی را ارتقا داده اما در کاهش افسردگی اثربخش نبوده است. همان طور که گفته شد عوامل متعددی در افسردگی سالمندان دخیل است از قبیل بیماری‌های جسمی، مشکلاتی با افراد خانواده و جز آن که درمان افسردگی نیازمند در نظر گرفتن این عوامل و نظایر آن است. از طرف دیگر در گروه مستقیماً بحث‌هایی درباره معنای زندگی صورت گرفته است به طوری که خواه ناخواه در پس آزمون شاهد ارتقای معنا بوده‌ایم. بنابراین اگر این ارتقا پایدار باشد شاید بتواند به دلیل ارتباط با افسردگی در کاهش افسردگی موثر واقع شود، این در حالی است که به عنوان یک محدودیت، پژوهش حاضر فاقد برنامه پیگیری و ضمناً تعداد جلسات نیز محدود بوده است بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با برنامه‌های پیگیری و با تعداد جلسات درمانی بیشتر و همین‌طور استفاده از سایر روش‌ها در کنار این روش انجام گردد.

منابع فارسی

- اردبیلی، یوسف. (۱۳۸۳). مشاوره بازنشستگی. تهران: کویر.
- امانی؛ رزیتا. (۱۳۷۹). بررسی تاثیر شناخت درمانی گروهی بر افزایش سطح سازگاری بازنشستگان فرهنگی شهر همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- تقوایی، زهره، علی حمیدی، منصور. (۱۳۸۳). تاثیر شناخت درمانی گروهی بر افسردگی زنان سالمند. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ج ۳ ش ۲. صص ۶۵-۷۵.

1. Zarith

تاثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی...

رهگوی، ابوالفضل. (۱۳۸۱). مداخلات توانبخشی غیر ارگانیک در کاهش افسردگی سالمندان. مجموعه مقالات بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران: شهر.

شارف، ریچارد. اس. (۱۳۸۱). نظریه های روان درمانی و مشاوره. ترجمه مهرداد فیروز بخت. تهران: رسا. صادق مقدم، لیلا. (۱۳۸۱). بررسی تاثیر گروه درمانی بر میزان افسردگی سالمندان. مجموعه مقالات بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران: شهر.

کوری، جerald و کوری، ماریان. (۱۳۸۲). گروه درمانی. ترجمه سیف الله بهاری. تهران: روان.

Anderson, A. J. (2002). Treatment of depression in adults older. *International Journal of psychosocial and Rehabilitation*, 6, 67-78.

Bradford, M. (1987). *Counseling and psychotherapy*. (2nded.). NJ: prentice- Hall.

Breitbart, W. (2004). psychotherapy interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. *Psychiatry*, 49: 306- 322.

Brody, C. M., & Semel, V. G. (2006). *Strategies for Therapy with the Elderly (2th ed)*. New York. Springer publishing company.

Colman, P. G. (2004). *Aging and development*. New York: Oxford University.

Corey, G. (1990). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* Ca: Brooks-cole.

Debrah, W. (1999). *The older adults psychotherapy treatment planner*. New York: John willey.

Ellison, J. M., & Antogini, F. C. (2006). Psychotherapy and combined therapy for depressive in later life. *Journal of psychiatric times*, 11, 36-48.

Gail, p. (2004). Recognition and treatment of depression in long term care facilities. *Journal of medicine and health Island*, Aug, 54-58.

Johnson, S. M., & Wiffen, V. E. (2003). *Attachment processes in couple and family therapy*. London: Guilford.

Martiny, J. (2004). Suicide ideation in the elderly. *Journal of psychiatric times*. 11.

Purmulter, M. (1996). *Adult development and aging*. New York: John willey.

Seeber, J. J. (2000). Logotherapy and caregivers. *Journal of Religious Gerontology*. 11 (3-4), 141-147.

Segal, Daniel. I. (2002). *clinical Geropsychology*. Washington, DC: American psychological association.

Sheikh, J. I. (1996). *Treatment the elderly*. Sanfrancisco: Jossey- Bass.

Smyer, M. A., & Qualls, S. H. (2000). *Aging and Mental health*. Massachusetts: Blackwell publishers.

Steger, M. F., & Oishi. L. (2004). Is a life without meaning satisfying? *Journal of gerontology*, series B, 54, 125-135.

Trombetti, I. A. (2006). Logotherapy. *Dissertation abstract international—section B*. 6 (9), 51-52.

Yesavage, J. A. (1993). Development and validation of a geriatric depression rating scale. *Journal of psychology*, 17, 29-42.

Zarith, S. H., & zarith, J. M. (1998). *Mental disorders in older adults*. New York, London: the Gullford press.

Zisook, S. Y., Dunn, L. B., & Sable, T. A. (2002). Life late depression. *Journal of Geriatric*, 67 (2), 19-20.