

اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی

محمد خالدیان^۱، فرامرز سهرابی^۲

تاریخ وصول: ۹۲/۸/۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی شهرستان قروه بود. این پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری را کلیه مردان و زنان شهرستان قروه که فرزندانشان آنها را ترک کرده و از آنها جدا شده‌اند است، تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۴ نفر انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ۲۱ سوالی افسردگی بک *BDI-II* و پرسشنامه امیدواری اسنایدر و همکاران استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات افسردگی در پس آزمون گروه آزمایش به طور معنا داری از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل پایین‌تر است، و میانگین نمرات امید به زندگی در پس آزمون گروه آزمایش به طور معنا داری از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل بالاتر است. بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان گفت که معنا درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی مؤثر است.

۱. مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول) mohamad_khaledian22@yahoo.com

۲. دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی sohrabi@atu.ac.ir

واژگان کلیدی: معنا‌درمانی، امیدواری، افسردگی، سندرم آشیانه خالی، سالمندان.

مقدمه

مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه متناسب با ارزش‌های خود ابتدا به سراغ خانواده می‌رود تا از درون آن، شهروندان آتی خویش را پروراند. این موضوع وقتی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که جامعه به خاطر تحولات ساختاری و زیربنایی به شهروندانی جدید با طرز فکری نو نیاز داشته باشد. به همین خاطر است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییری در آن حاصل نخواهد شد مگر از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها و بدکاری‌های آن. ورود به چنین نظام سازمان یافته‌ای صرفاً از طریق تولد، فرزندخواندگی یا ازدواج صورت می‌گیرد (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ۲۰۰۹؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۸۸).

همان‌طور که کی^۲ (۱۹۸۵) اظهار کرده است، خانواده‌ها، اعضای جدیدی به وجود می‌آورند و با آنکه سرانجام به این اعضای جدید، خود مختاری ارزانی می‌دارند، دیگر انتظار ندارند که با آنها زیر یک سقف زندگی کنند. خانواده از لحاظ ساختار نظام عاطفی پیچیده‌ای است که ممکن است دست کم سه، یا به خاطر طول عمر بیشتر آدمیان در حال حاضر، چهار نسل را در بر بگیرد. خانواده بدون توجه به سنتی یا نو بودن، سازگاری یا ناسازگاری، و ساخت کارآمد یا آشفته‌ای که دارد، ناگزیر است خود را تا حد امکان به صورت گروهی کارآمد یا توانا درآورد به نحوی که بتواند نیازها و اهداف جمعی یا همگانی خود را برآورده سازد بدون آنکه دائماً اعضای خود را از دست‌یابی به اهداف و نیازهای شخصی بازداشته باشد (کنتور و لر^۳، ۱۹۷۵).

1. Goldenberg & Goldenberg

2. Kaye

3. Kantor & Lehr

خصوصاً از سوی مادر انجام نشود در مواردی ممکن است پدر و مادر افسرده شوند. این امر به خصوص در مواردی صدق می‌کند که نقش عمده زن در زندگی، بزرگ کردن بچه‌ها و مادری کردن بوده و یا زن و شوهر به خاطر بچه‌ها زندگی مشترک ناگوارشان را تحمل کرده‌اند (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰).

در الگوی مرحله‌ای دووال^۲ (۱۹۷۷)، چرخه‌های زندگی خانوادگی، تحول متعارف یک خانواده اصلی^۳ و تمام عیار-منظور خانواده‌ای است که پدر و مادر هر دو در آن حضور دارند- در قالب هشت مرحله صورت می‌گیرد، که این مراحل با ازدواج شروع می‌شوند و با مرگ دو همسر به پایان می‌رسند که دوره آشیانه خالی مرحله ششم می‌باشد. تصویری که او از خانواده ترسیم می‌کند، به صورت دایره‌ای متشکل از هشت لایه است:

۱. زوج‌های فاقد فرزند
۲. خانواده‌هایی که تازه بچه‌دار شده‌اند (بزرگ‌ترین فرزند حداکثر ۳۰ ماهه است)
۳. خانواده‌های برخوردار از فرزندان پیش دبستانی (بزرگ‌ترین فرزند بین ۲/۵ تا شش سالگی است)
۴. خانواده‌های بچه‌دار (بزرگ‌ترین فرزند بین ۶ تا ۱۳ سالگی است)
۵. خانواده‌های برخوردار از نوجوان (بزرگ‌ترین فرزند بین ۱۳ تا ۲۰ سالگی است)
۶. خانواده‌هایی که فرزندان‌شان آنها را ترک می‌گویند (از زمانی که اولین فرزند خانه را ترک می‌کند تا هنگامی که آخرین آنها از خانه بیرون می‌رود)
۷. والدین میان‌سال (از دوره آشیانه خالی تا دوران بازنشستگی)
۸. والدین کهن‌سال (بازنشستگی تا مرگ هر دو همسر)

1. Sadock & Sadock
2. Duvall
3. intact

توازن جدیدی دست یافته و با ساخت خانوادگی جدید خویش منطبق شوند. اگر چنین چیزی تحقق یابد، خانواده مجدداً سیر تحولی خود را به پیش خواهد برد. کارتر و مک گلدریک (۱۹۸۸)، یکی از مراحل چرخه زندگی در خانواده‌های کامل را روانه سازی^۱ فرزندان و جدایی می‌نامند. در حال حاضر برخلاف ادوار پیشین، نرخ پایین زاد و ولد و امید به زندگی بیشتر به معنای آن است که این مرحله یک دوره طولانی خواهد بود؛ فراوان اتفاق می‌افتد که تقریباً بیست سال قبل از بازنشستگی والدین، فرزندان آنها از خانه بیرون بروند. آنها باید نقش مستقل فرزندان و شکل‌گیری خانواده‌های متعلق به آنان را بپذیرد. تکلیف تحولی در این مرحله عبارت است از برقراری روابط بالغ- بالغ با فرزندان و همچنین گسترش خانواده برای گنجاندن عروس و دامادها، نوه‌ها، و خانواده‌های سببی در نظام خود. ممکن است غیبت فرزندان در خانه باعث افزایش تعارضات زناشویی گردد، یا به خاطر احساس پوچی و فقدان معنا در زندگی، به آنها حالت افسردگی و تنهایی دست دهد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۹؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۸۸). به نظر کارتر و مک گلدریک (۱۹۸۸)، وقتی فرزندان خانه را ترک می‌گویند، احساس نومیدی در والدین آنها بالا می‌رود.

بر پایه پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه هاروارد، افسردگی چهارمین علت بیماری‌ها در سال ۱۹۹۶ در جهان بوده و پیش‌بینی می‌شود، که در سال ۲۰۲۰، نخستین علت بیماری‌ها در جهان باشد (قادری و همکاران، ۱۳۸۸). در ایران نتایج پژوهش فروغان و همکاران (۱۳۸۷)، نشان داد یک سوم مراجعان سرپایی سالمندان به مراکز درمانی از اختلالات روانی رنج می‌برند و شایع‌ترین اختلال روانی در این گروه، افسردگی ۵۸٪ است (مومنی، ۱۳۹۰). میزان شیوع علائم افسردگی بالینی همراه با بالا رفتن سن بیشتر می‌شود. اما در بسیاری از موارد، علائم افسردگی در افراد مسن ناشناخته باقی می‌ماند و از این رو افسردگی فرد (به ویژه در مردان) تشخیص داده نمی‌شود. افسردگی تشخیص داده نشده و علائم افسردگی نامشخص می‌تواند پیامدهای منفی بسیاری را برای افراد، خانواده آنها و یا اجتماع به همراه داشته باشد.

1. launching

درونی مثبت مداوم شامل جمله‌هایی از این قبیل " من از عهده‌اش بر می‌آیم، تسلیم نخواهم شد " و مانند آن را اتخاذ می‌کنند، آنان وقتی در رسیدن به اهداف ارزشمند با موانعی روبرو می‌شوند، هیجان‌های منفی را با شدت کمتری تجربه می‌کنند. شاید به این خاطر که وقتی با موانعی روبرو می‌شوند برای دست‌یابی به هدف‌های خود مسیرهای جایگزینی ایجاد می‌کنند یا با انعطاف، هدف‌های قابل دسترس تر را بر می‌گزینند. افرادی که امید کمتری دارند وقتی با موانع غیر قابل رفع روبرو می‌شوند، هیجان‌هایشان یک توالی نسبتاً قابل پیش‌بینی از امید به خشم، از خشم به یأس، و از یأس به بی‌احساسی را دنبال می‌کنند (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۰). امید شامل مجموعه‌ای از شرایط است که عبارتند از: دارا بودن اهداف ارزشمند شخصی و ادراک توانایی برای تولید راهبردها در تعقیب اهداف (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۰). افراد دارای سطوح امیدواری بالا وقتی در زندگی بزرگ‌سالی با مسائلی مواجه می‌شوند، تمایل پیدا می‌کنند که مسائل مهم و بزرگ را به مسائل کوچک و روشن و قابل اداره تجزیه کنند (اسنایدر و لوپز^۱، ۲۰۰۷).

ناامیدی، فرد را در وضعیت غیر فعالی قرار می‌دهد که نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و در مورد آنها تصمیم بگیرد. ناامیدی، شخص را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. شخص با گذشت زمان، تمامی امید خود را از دست می‌دهد و افسردگی عمیق را جایگزین آن می‌کند. طرز تفکر وی حالت انعطاف ناپذیر همه یا هیچ دارد که مانع حل مسئله می‌شود. در حقیقت ناامیدی باعث تضعیف مهارت حل مسئله در فرد می‌شود. همچنین سبب می‌شود که فرد به طور دائم تجربه‌های خود را به شکل منفی و نادرست ارزیابی کرده و پیامدهای نگران‌کننده‌ای را برای مشکلات خود در نظر بگیرد (شمس اسفندآبادی، ۱۳۸۶). اسنایدر (۲۰۰۶)، در پژوهشی به این نتیجه رسید که بین امیدواری بالا و هیجان‌های مثبت و امیدواری پایین و هیجان‌های منفی همبستگی معناداری وجود

1. Snyder & Lopez

انسانی ما مخفی است. هرکس باید معنای خاص حاضر را کشف کند و فقط خود افراد معنای خاص حاضر را میدانند. درمانگر خواست مراجع را برای رسیدن به حوزه‌هایی که معنای در آن پیدا می‌شود تسهیل می‌کند و او را راهنمایی می‌نماید (وونگ، ۲۰۰۰). ما معنی را در زندگی کشف نمی‌کنیم بلکه آن را در زندگی خود می‌آفرینیم. مسئله این نیست که به زندگی چه پاسخی باید داد، زندگی فرآیند جاری است که باید آن را تجربه کرد نه مسئله‌ای که باید آن را حل کرد (پروجسکا و نورکراس^۱، ۱۹۹۹).

لازمه جستجوی معنا مسئولیت شخصی است. هیچ کس و هیچ چیز دیگر نه پدر، نه مادر، نه همسر و نه مردم نمی‌توانند به ما احساس معنا و منظور در زندگی بدهند. این مسئولیت خود ما است که راهمان را پیدا کنیم و آنگاه که یافتیم در آن پایداری نماییم (کنگ و همکاران^۲، ۲۰۰۹). انسان وقتی با وضعی اجتناب ناپذیر مواجه می‌گردد و یا با سرنوشتی تغییرناپذیر روبرو است، مانند یک فرد که از اینکه فرزندانش او را ترک کرده‌اند و دیگر با او زندگی نمی‌کنند، این فرصت را یافته است که به عالی‌ترین ارزش‌ها و به ژرف‌ترین معنای زندگی یعنی رنج کشیدن دست یابد. درد و رنج بهترین جلوه گاه ارزش وجودی انسان است و آنچه اهمیت بسیار دارد، شیوه و نگرش فرد نسبت به رنج است و شیوه‌های که این رنج را به دوش می‌کشد. یکی از اصول اساسی معنا درمانی این است که توجه انسان‌ها را به این مسئله جلب می‌کند که انگیزه اصلی و هدف زندگی، گریز از درد و لذت بردن نیست، بلکه معنی جویی زندگی است که به زندگی مفهوم می‌بخشد (شعاع کاظمی و سعادت، ۱۳۸۹).

روان درمانی وجودی، رویکردی فلسفی است که با انسان و دنیای او سر و کار دارد. این رویکرد نوعی نگرش نسبت به تعدادی از مفاهیم است مانند زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه و انزوا بودن و نبودن، گزینش آزادانه، آگاهی و مسوول شدن نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره‌ای از زندگی که با مرگ نزدیک روبروست (بریتبارت

1. Prochesca & Norcross

2. Kang et al.

سرطانی بیمارستان شفا شهر اهواز مورد بررسی قرار داد. نتایج حاصله از این پژوهش حاکی از این امر است که آموزش معنا درمانی باعث افزایش امید به زندگی در بیماران سرطانی می‌شود. شعاع کاظمی و سعادت‌تی (۱۳۸۹)، نیز به بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنا درمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشانگر این است که آموزش معنا درمانی توانسته است میزان ناامیدی را در گروه زنان مبتلا به سرطان کاهش دهد. نتایج پژوهش شیخ پور (۱۳۸۵)، با موضوع تأثیر مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی در افزایش امید به زندگی معلولین نخاعی ناشی از زلزله بم نشان داد که معنا درمانی باعث افزایش امید به زندگی در این افراد گردید. گلکاریان (۱۳۸۷) نیز، با موضوع اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی بر کاهش ناامیدی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی نشان داد که مشاوره گروهی به روش فرانکل بر کاهش ناامیدی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی اثر بخش بوده است. ماسکارو و روزن^۱ (۲۰۰۵)، با انجام یک پژوهش روی دانشجویان دانشگاه نشان دادند که معنای وجودی نقش بسیار مهمی در افزایش امیدواری دارد.

از آنجایی که معنا درمانی و شرکت در گروه برای ایجاد حس همدردی و جلوگیری از تنهایی در افراد موثر است، پژوهشگران درصدد هستند که با به کار بردن این روش درمانی، تأثیر آنها را در کاهش علائم روان شناختی افراد مبتلا، بررسی نماید. از آنجایی که اکثر فرزندان بعد از ازدواج، والدینشان را ترک می‌کنند و با توجه به اینکه ممکن است که این ترک، موجب ناامیدی و افسردگی در والدین گردد، بنا بر این، جهت برنامه ریزی اقدامات مناسب، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه، نیاز به آشنایی با درمان‌های مناسب از جمله درمان شناختی- رفتاری و معنا درمانی به صورت گروهی می‌باشد. داشتن اطلاعاتی پیرامون این روش درمانی می‌تواند در انجام فرآیندهای روانشناسانه جهت بیماران نیازمند متمر ثمر باشد، تا با انجام این اقدامات بتوان افسردگی را در

1. Mascaró & Rosen

۱- پرسش نامه افسردگی بک: فرم تجدیدنظر شده افسردگی بک BDI-II یک

پرسش‌نامه ۲۱ ماده‌ای خود گزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. هر گروه سؤال شامل چهار گزینه است و نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. نمره کلی از صفر تا شصت و سه می‌باشد. بک، در رابطه با فرم تجدیدنظر شده بررسی انجام داده و عنوان کرد که این ابزار وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران و جمعیت نرمال و همچنین نوجوانان و بزرگسالان نشان می‌دهد. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیر بیماران ۰/۸ گزارش دادند. در یک بررسی که بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی جهت بررسی اعتبار پایایی BDI-II انجام گرفت نتایج پژوهشی بیانگر نمره کل با میانگین ۹/۷۹ و انحراف استاندارد ۷/۹۶ و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ با پایایی باز آزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود (حسنی، ۱۳۸۷).

۲- پرسشنامه امیدواری: این پرسشنامه که توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، برای

سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خود سنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین، این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه گیری می‌کند. متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار برابر ۰/۹۱ گزارش شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). به علاوه، داده‌های زیادی در مورد اعتبار هم‌زمان پرسشنامه امید و مواردی که می‌تواند پیش بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش بینی، انتظار دست‌یابی به هدف، و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (اسنایدر، ۲۰۰۲). در پژوهشی که گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در تهران انجام داد، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد (خالدیان و همکاران، ۲۰۱۲).

یافته‌های پژوهش

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان سندرم آشیانه خالی بود که اطلاعات توصیفی نمرات افسردگی و امید به زندگی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل، نتایج گزارش آزمون فرض همگنی شیب‌ها و نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در افسردگی و امید به زندگی در زیر ارائه شده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی نمرات افسردگی و امید در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل

(N=12)

گروه	مرحله	امید		افسردگی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۱۴/۵۸	۱/۹۸	۳۸/۸۳	۴/۰۸
	پس آزمون	۲۴/۲۵	۲/۳۷	۲۳/۶۶	۳/۰۵
کنترل	پیش آزمون	۱۵/۳۳	۱/۶۵	۳۹/۴۱	۵/۲۹
	پس آزمون	۱۵/۳۳	۱/۹۲	۳۸/۷۵	۵/۲۵

نمرات مقیاس‌های مورد استفاده، از جمع نمرات هر مقیاس به دست آمد. لذا مقیاس به کار گرفته شده حداقل فاصله‌ای است. بر اساس داده‌های جدول ۱، میانگین و انحراف معیار مقیاس امید به زندگی در گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۴/۵۸ و ۱/۹۸، و در پس آزمون ۲۴/۲۵ و ۲/۳۷، همچنین در امید واری به زندگی گروه کنترل، در پیش آزمون ۱۵/۳۳ و ۱/۶۵، و در پس آزمون ۱۵/۳۳ و ۱/۹۲ به دست آمد. از طرفی در متغیر افسردگی نیز میانگین و انحراف معیار در گروه آزمایش به ترتیب در پیش آزمون ۳۸/۸۳ و ۴/۰۸ و در پس آزمون ۲۳/۶۶ و ۳/۰۵ همچنین در گروه کنترل در پیش آزمون ۳۹/۴۱ و ۵/۲۹ و در پس آزمون ۳۸/۷۵ و ۵/۲۵ بود.

جدول ۲. نتایج گزارش آزمون فرض همگنی شیبها

متغیرها	مجموع مجذورها	f.d	میانگین مجذورها	F	Sig	مجذور اتا
گروه	۴/۸۶	۱	۴/۸۶	۰/۷۷	۰/۳۹۱	۰/۰۳۷
پیش آزمون	۲۳۸/۰۶۸	۱	۲۳۸/۰۶۸	۳۷/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳
گروه*پیش آزمون	۳/۶۷	۱	۳/۶۷	۰/۵۸	۰/۴۵۵	۰/۰۲۸
خطا	۱۲۶/۷۳۵	۲۰	۶/۳۳۷			

بر اساس یافته‌های جدول ۲، همگنی شیبها با مقدار $F(1,20) = 0/579$ برای افسردگی معنی دار نشده است، لذا مفروضه همگنی شیبهای رگرسیون برای متغیر افسردگی محقق شده است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی فرضیه مورد نظر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در افسردگی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	شاخص F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۲۷۶/۵۱۱	۱	۲۷۶/۵۱۱	۴۴/۵۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸	
افسردگی گروه	۱۲۸۴/۶۲۳	۱	۱۲۸۴/۶۲۳	۲/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸	
خطا	۱۳۰/۴۰۶	۲۱	۶/۲۱				

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار $F(2,07) = 2/07$ و سطح معناداری $(0/001)$ در متغیر گروه بیانگر تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون می‌باشد. بنابراین نتایج بدست آمده حاکی از تأثیر روش معنا درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی شرکت کنندگان می‌باشد. به عبارتی روش معنا درمانی گروهی توانسته است افسردگی را در شرکت کنندگان گروه آزمایش کاهش دهد.

جدول ۴. نتایج گزارش آزمون فرض همگنی شیب‌ها

متغیرها	مجموع مجذورها	f.d	میانگین مجذورها	F	Sig.	مجذور اتا
گروه	۰/۷۴۹	۱	۰/۷۴۹	۰/۲۸۴	۰/۶۰	۰/۰۱۴
پیش آزمون	۴۰/۶۷۸	۱	۴۰/۶۷۸	۱۵/۴۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۶
گروه پیش آزمون	۳/۶۱	۱	۳/۶۱	۱/۳۷۱	۰/۲۵۵	۰/۰۶۴
خطا	۵۲/۶۷۸	۲۰	۲/۶۳۴			

یافته‌های جدول ۴، نشان می‌دهد همگنی شیب‌ها با مقدار $F(1,20) = 1/371$ برای امید به زندگی معنی دار نشده است، لذا مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر امید به زندگی محقق شده است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی فرضیه مورد نظر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در امیدواری به زندگی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	شاخص F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون		۴۶/۶۲۸	۱	۴۶/۶۲۸	۱۷/۳۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
امید به زندگی	گروه	۵۱۸/۴۵۹	۱	۵۱۸/۴۵۹	۱/۹۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
خطا		۵۶/۲۸۸	۲۱	۲/۶۸			

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که مقدار $F = 1/94$ و سطح معنا داری $(0/001)$ در متغیر گروه بیانگر تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون می‌باشد. بنابراین نتایج بدست آمده حاکی از تأثیر روش معنا درمانی گروهی بر افزایش میزان امیدواری به زندگی شرکت کنندگان می‌باشد. به عبارتی روش معنا درمانی گروهی توانسته است امید به زندگی را در شرکت کنندگان گروه آزمایش افزایش دهد.

بتواند معنای نهفته در این شرایط پیش آمده را کشف کند. زمانی که فرد معنای نهفته را کشف کند، دیگر احساس درماندگی و ناامیدی نخواهد کرد.

از سوی دیگر یکی از اصول اساسی معنا درمانی این است که هدف زندگی گریز از درد و رنج و لذت بردن نیست بلکه معناجویی زندگی است به همین دلیل انسان‌ها رنجی را هم که معنایی برای آن پیدا می‌کنند با میل می‌پذیرند. یأس به عنوان یکی از مؤلفه‌های ناامیدی زمانی در فرد ایجاد می‌شود که فرد، زندگی خود را تمام شده تلقی می‌کند و به این نتیجه می‌رسد که دیگر از دست کسی کاری ساخته نیست، به خصوص خودش هیچ کاری برای خود نمی‌تواند انجام دهد. خود را در رسیدن به اهداف و آرزوهایش ناتوان می‌بیند (شعاع کاظمی و سعادت، ۱۳۸۹). از دیدگاه معنا درمانی یکی از اهداف اصلی کمک به افراد، یافتن معنایی برای زندگی است. وقتی که آنها چنین فکر نمی‌کنند، ناتوان و دچار افسردگی می‌شوند، بنابراین، علت افسردگی در این است که ما باور نداریم زندگی با معناست (بابلی، ۲۰۰۰).

ویژگی‌های بارز انسان، تلاش برای درک معنا و هدف زندگی است و معنا درمانی، چارچوبی مفهومی فراهم می‌سازد که طی آن افراد معنای زندگی خویش را به چالش بکشند، ارزش‌های کهنه و قدیمی را کنار بگذارند و هماهنگ با نحوه وجودشان، نظام ارزشی را به وجود آورند. در این شرایط، رنج کشیدن انسان را می‌توان با موضعی که فرد هنگام روبرو شدن با آن می‌گیرد، به موفقیت تبدیل کرد. در این روش درمانی، افرادی که با عذاب گناه، ناامیدی و مرگ روبرو می‌شوند، می‌توانند با ناامیدی خود مبارزه کرده و موفق شوند. یافتن معنا در زندگی حاصل مشغولیت است که احساس تعهد نسبت به آفریدن، عشق ورزیدن، کارکردن و سازندگی است (کوری^۱، ۲۰۰۵). بر اساس نظریه افسردگی بک، انسان‌ها بر اساس چند رویداد منفی تعمیم افراطی می‌دهند و فکرشان را تخریب می‌کنند (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۶). شرکت در جلسات آموزشی معنا درمانی با تأکید بر معنا،

1. Corey

منابع

- قرآن کریم، ترجمه سید محمد رضا صفوی. نشر معارف.
- تابان، حبیب‌الله؛ قاسمی، غلامرضا؛ فرزانه، آرزو؛ کاظمی، مژگان. (۱۳۸۵). بررسی مشکلات سن پیری در ایران و جهان. تهران: نشر آشنا.
- حسینی، فریبا. (۱۳۸۷). مقایسه اثر بخشی درونی زوج درمانی رفتاری- شناختی، و هیجان محور بر افسردگی، اضطراب، ناامیدی و رضایت زناشویی مرد نابارور رساله دکتری رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- حسینیان، الهه. (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بیمارستان شفا شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات.
- زاهدبابلان، عادل؛ قاسم پور، عبدالله؛ حسن زاده، شهناز. (۱۳۹۰). نقش بخشش و سرسختی روان شناختی در پیش بینی امید. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۲(۳): ۱۹ - ۱۲.
- سادوک، جیمز؛ سادوک، آلکوت. (۲۰۱۱). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- شعاع کاظمی، مهر انگیز؛ سعادت، معصومه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنا درمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۳(۲ و ۱)، ۴۸ - ۴۰.
- شیخ پور، نورالله. (۱۳۸۵). تأثیر مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی در افزایش امید به زندگی معلولین نخاعی ناشی از زلزله بم. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران: دانشگاه خاتم الانبیا.
- غلامی، مریم؛ پاشا، غلامرضا؛ سودانی، منصور. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی. *مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۴۲، ۴۵ - ۲۵.
- فرانکل، ویکتور. (۱۹۶۳). انسان در جستجوی معنا. ترجمه مهین میلانی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات درسا.

قادری، فائزه؛ خوردی مود، مریم؛ افشاری، رامین. (۱۳۸۸). اثر افسردگی مادران بر بهداشت دهان کودکان. *مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز*. ۱۰(۱): ۹۱-۸۷

قراچه داغی، مهدی. (۱۳۸۰). از حال بد به حال خوب، تهران: آرین کار.

قنبری زرنندی، زهرا؛ گودرزی، محمود. (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله. *مجله تحقیقات زنان*. ۲(۴): ۶۶-۵۷.

گرفمی، هاجر؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۸۸). اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله اندیشه و رفتار*. ۴(۱۳): ۴۲-۳۵.

گلدنبرگ، ایرنه؛ گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۹). خانواده درمانی. ترجمه: حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی، الهام ارجمند (۱۳۸۸). تهران: نشر روان.

گلکاریان، پریسا. (۱۳۸۷). اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی بر کاهش ناامیدی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

مشتاقی، مرضیه؛ علامه، سید فرید؛ آقای، اصغر. (۱۳۹۰). تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقا سلامت روان ناینبان شهر اصفهان. *مجموعه مقالات اولین همایش روانشناسی سلامت اهواز*.

مومنی، خدا مراد. (۱۳۹۰). اثر بخشی خاطره پردازي انسجامی و روایتی بر کاهش نشانه‌های افسردگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*. ۱(۳): ۳۸۸-۳۶۱.

وندر زندن، جیمز. (۲۰۰۸). روانشناسی رشد. ترجمه حمزه گنجی (۱۳۸۷). تهران: نشر ساوالان.
هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس، پاول؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید. (۲۰۰۷). رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب الله قاسم زاده (۱۳۸۶). تهران: انتشارات ارجمند.

Baboli, A. (2000). Evaluation of managers burnout to Boys government high schools in Tehran city. *Journal Of Education Management* , 26,44-60.

Breitbart, W., Gibson, C. H., Poppito, S. N., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life. 366-372.

- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1980). *The family life cycle. A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1988). Overview: The changing family life cycle: A framework for family therapy. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds), *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed). New York: Allyn and Bacon.
- Corey, G. (2005). *Theory and practice in group counseling and therapy*. Ga:brooks-cde.
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5th ed). New York:Lippincott.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M.d. New York: W. W. Norton.
- Kang, K., Jea, I.M., Kim, I.M., Hee-Su, K., Shingjeang, K., Mi-Kyung, S., & Sonyong, S. (2009). The effect of Logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of Adolescents with Terminal cancer. *Journal of Current Directions in Psychological Science*: 312- 319.
- Kantor, D., & Lehr, W. (1975). *Inside the family*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Kaye, K. (1985). Toward a developmental psychology of the family. In L. Labate (Ed.), *The handbook of family psychology and therapy* (Vol. 1). Homewood, IL: Dorsey Prees.
- Khaledian, M., hasanpour, S., & Ghadermarzi, H. A Survey on the Comparison of Mental Health and Life Expectancy in Employed and Unemployed People. *International Journal of Applied Psychology*. 2012; 2 (6): 137 – 141.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning in the enhancement of hope and prevention of the depressive symptoms. *Journal of Personality*. 73: 985- 994.
- Pittman, F. (1987). *Turning points: Treating families in transition and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Prochaska, J., & Norcross, C. (1999). *Theories of psychotherapy*. Translated by seyed mohammadi. Tehran: Rushed publisher 1383.
- Shamsesfandabadi, H., Hashemian, K., & Shafiabadi, H. (2007). Effectiveness of teaching methods on the despair and sense of humor social adjustment of depressed students in Tehran. *Journal of new ideas in educational sciences*; 3(1): 81-99.
- Snyder, C. R., & Lopez, S.J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York, Sage publication Inc.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*; 13: 249-75.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, S. A., Sigmon, S., & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*: 60(4): 570-85.
- Snyder, C. R., Haridi, D., Stephen, S., Cheavens, J., Michael, J., Scott, T., Yamhure, L., & sympson, S. (2000). The role of hope in cognitive behavior therapies. *Cognitive therapy and Research*, 24 (6): 747-762.
- Snyder, M. (2006). The discursive proportion of hope: A qualitative analysis of cancer patients speech, qualitaive health research; 12(2).

- Terkelson, K. G. (1980). Toward a theory of the family life cycle. In E. A. New York: Gardner .
- Wong, P. T. P. (2000). Meaning in life and meaning in death in successful aging. Pensilvania: Brunnermazel.
- Zilbach, J. J. (1989). The family life cycle: A framework for understanding children in family therapy. IN L. Combrinck-Graham (Ed), children in family context: Perspectives on treatment. New York: Guilford Press.