

تأثیر معنا درمانی گروهی مبتنی بر مکتب فرانکل بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش

لعیا رضایپور^۱، مولود رادفر^{۲*}، ماه‌منیر حقیقی^۳، وحید علی‌نژاد^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۵/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۶/۱۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افسردگی یکی از مشکلات روانی شایع در بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش است و می‌تواند بر کیفیت زندگی و روند بهبودی آن‌ها تأثیرگذار باشد. درمان‌های روان‌درمانی مختلفی برای کاهش افسردگی در این بیماران استفاده می‌شود. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر معنادرمانی گروهی مبتنی بر مکتب فرانکل بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر ارومیه در سال ۱۴۰۱ بودند. از بیماران بستری و سرپایی ۵۰ بیمار مبتلا به سرطان دستگاه گوارش را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به‌صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس بیماران انتخاب‌شده به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه حاضر پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی و پرسشنامه‌ی افسردگی بک بود. تمامی جلسات به‌صورت آنلاین و با استفاده از نرم‌افزار قرار برگزار شد. گروه مداخله به‌طور تصادفی به دو گروه ۱۲ و ۱۳ نفره تقسیم شد. برای افراد هر دو گروه مداخله ۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه و به مدت دو هفته معنادرمانی گروهی مبتنی بر مکتب فرانکل برگزار شد. اعضای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای از طرف محقق دریافت نکردند. پرسشنامه افسردگی بک قبل، ۴ و ۳۰ روز پس از پایان مداخله توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل شدند. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه مداخله در مقطع اول، دوم و سوم به ترتیب $7/24 \pm 22/78$ ، $3/832 \pm 10/28$ و $3/73 \pm 11/17$ و در گروه کنترل به ترتیب $7/485 \pm 20/37$ ، $6/543 \pm 21/42$ و $6/67 \pm 20/47$ بود. با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری اختلاف میانگین نمره افسردگی در سه مقطع اول، دوم و سوم اندازه‌گیری بین دو گروه مداخله و کنترل معنی‌دار بوده است که نشان‌دهنده تأثیر مداخله بر روی میانگین نمره افسردگی است ($P=0/003$).

بحث و نتیجه‌گیری: این نتایج نشان می‌دهد که معنادرمانی مبتنی بر مکتب فرانکل می‌تواند بهبودی در افسردگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش را تسهیل کند.

کلیدواژه‌ها: سرطان، افسردگی، مکتب فرانکل، معنادرمانی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۶۷، شهریور ۱۴۰۲، ص ۴۳۵-۴۲۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. تلفن: ۰۹۱۴۴۴۶۶۱۹۰

Email: radfar.m@umsu.ac.ir

مقدمه

مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در جهان بوده و سرطان معده نیز سومین علت عمده مرگ مرتبط با سرطان در سراسر جهان است (۱). با توجه به جدیدترین آمار ارائه‌شده از سوی انجمن سرطان ایران، سالانه حدود ۸۵ هزار مورد جدید سرطان در کشور شناسایی می‌شود (۴). بیماران مبتلا به سرطان، اغلب ارزیابی‌های منفی و ناسازگارانه‌ای درباره وضعیت و توانایی‌هایشان برای کنترل بیماری دارند (۵،۶).

سرطان یکی از بیماری‌های شایع و در حال افزایش است که حجم زیادی از تلاش‌های مراقبتی را به خود اختصاص می‌دهد (۱،۲). بر اساس آمار جهانی سرطان در سال ۲۰۱۸ (۳)، سرطان کولورکتال و سرطان معده از شایع‌ترین سرطان‌های دستگاه گوارش می‌باشند، به‌طوری‌که سرطان کولورکتال دومین علت اصلی

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۲ استاد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

دارد و با در نظر گرفتن مزیت‌های روان‌درمانی گروهی مثل پیوستگی گروهی، بینش و یادگیری‌های ناشی از تعامل، عمومیت به معنی داشتن درد مشترک و تسهیل تخیلی هیجانی، رویکرد معنادرمانی به‌صورت گروهی در مورد این بیماران می‌تواند مؤثر باشد (۲۰).

با توجه به شیوع بالای بیماری سرطان و سیر صعودی این بیماری در بین مردم و با توجه به شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی (۱۳،۲۱) در میان مبتلایان به این بیماری، یکی از نیازهای اصلی افراد مبتلا به سرطان بهبود افسردگی است. با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، ابعاد روانی بیماری‌های مزمن اغلب نادیده گرفته می‌شود (۲۲). جایگاه رویکردهای روانشناسی جهت درمان مشکلات روان‌شناختی در ایران زیاد شناخته شده نیست (۲۳). انجام این مطالعه می‌تواند به آشناسازی بیماران با رویکردهای روان‌شناختی کمک کند و باعث گسترش آگاهی در سایر بیماران مبتلا به سرطان شود. چراکه هر یک از این بیماران می‌توانند به‌عنوان یک سفیر آگاهی در خانواده خود، بیمارستان (محل دریافت مراقبت و درمان) و جامعه عمل نمایند. از طرفی با ارائه نتایج مطالعه می‌توان جامعه پرستاری را از وجود این رویکردهای درمانی روان‌شناختی و علمی و تأثیر مثبت آن‌ها آگاه کرد تا به‌عنوان یکی از مداخلات پرستاری در ارائه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد برای بیماران به کار برند. لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر معنادرمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارشی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون (با کد کارآزمایی بالینی IRCT20220507054762N1) بود. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر ارومیه بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۲۰-۶۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، اطلاع از نوع بیماری، داشتن توانایی برای انجام مستقل فعالیت‌های شخصی و ساده، داشتن وضعیت جسمانی به‌نحوی که بتواند در جلسات شرکت کند، بیماران حادثه و شرایطی بحرانی را در شش ماه گذشته تجربه نکرده باشند، قرار نداشتن در مرحله‌ی ۴ بیماری، داشتن گوشی هوشمند، داشتن اطلاعات اولیه در مورد فضای مجازی و رضایت بیمار برای شرکت در مطالعه، کسب نمره‌ی ۵ و بالاتر در پرسشنامه‌ی افسردگی بک بود. همچنین، منصرف شدن از شرکت در ادامه‌ی جلسات معنادرمانی و ادامه‌ی همکاری، وخیم شدن وضعیت جسمانی، وقوع حادثه‌ای بحرانی حین مطالعه برای بیمار و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات از معیارهای خروج

همچنین تجارب و خاطرات آن‌ها از این بیماری ممکن است موجب تداخل در درمان آن‌ها شود (۷). نزدیک به یک‌سوم از بیماران مبتلا به سرطان، تجربه آسیب‌های روان‌شناختی دارند و افسردگی و اضطراب در حد بالینی را تجربه می‌کنند که بر روی غربالگری کارآمد، شناسایی و مدیریت استرس‌های آنان تأثیرگذار است (۸). مطالعات وجود اختلالات روانی را در افراد مبتلا به سرطان ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد کرده‌اند. بحران‌های ناشی از سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می‌شود (۹).

افسردگی^۱ بالینی، شایع‌ترین اختلال روانی بیماران مبتلا به سرطان است به‌گونه‌ای که طبق گزارش انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۱۲، بیست‌وپنج درصد افراد مبتلا به سرطان از علائم افسردگی بالینی رنج می‌بردند (۱۰). به ویس^۲ و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که میزان شیوع افسردگی در مدت شش ماه پس از تشخیص بیماری سرطان ۱۳ درصد بود (۱۱). همچنین، در یک مطالعه مروری انجام‌شده در ایران شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان ۱۱/۶ درصد تعیین شد (۱۲). افسردگی اختلال ناتوان‌کننده‌ای است که فرد و جامعه را مجبور به پرداخت توان سنگین می‌کند، زیرا با شیوع و بروز گسترده، سیر نسبتاً مزمن و اختلال در عملکردهای شغلی و همچنین روابط بین فردی، آسیب‌های اقتصادی و انسانی شدیدی بر جای می‌گذارد (۱۳). مهم‌ترین دلایل ایجاد افسردگی در این بیماران، درد ناشی از متاستاز، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و ناتوانی ذکر شده است (۱۴). افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصت‌های بهتر زندگی کردن در باقیمانده عمر را از دست می‌دهند (۱۳).

برای کاهش مشکلات و بهبود وضعیت‌های روان‌شناختی، روش‌های درمانی مختلفی وجود دارد که یکی از آن‌ها معنادرمانی^۳ است (۱۵). معنادرمانی، یک فرایند درمانی است که به دنبال کسب توانایی برای رسیدن به خود واقعی و گسترش دید نسبت به خود و دنیای اطراف است که به زندگی حال و آینده فرد معنا می‌دهد (۱۶،۱۷). فرانکل^۴ بر این باور است که افسردگی در افراد دچار بیماری جسمانی اندوهی است که در واکنش به شرایط جسمانی‌شان نمایان می‌شود (۱۸). در معنادرمانی هدف گفتن معنای زندگی به مراجعان نیست، بلکه کمک به آنان برای کشف معنای خودشان از زندگی است. معنا داشتن زندگی به افراد اجازه می‌دهد تا رویدادها را تفسیر کنند و درباره نحوه زندگی و خواسته‌های خود در زندگی ارزش‌هایی را تدارک ببینند (۱۹). از طرفی، با توجه به این‌که روان‌درمانی فردی محدودیت‌هایی از جمله هزینه بالا، کمبود درمان‌گران با کفایت و آموزش‌دیده و همچنین، میزان زمان موردنیاز را

³ Logotherapy

⁴ Frankel

¹ Depression

² Boyes

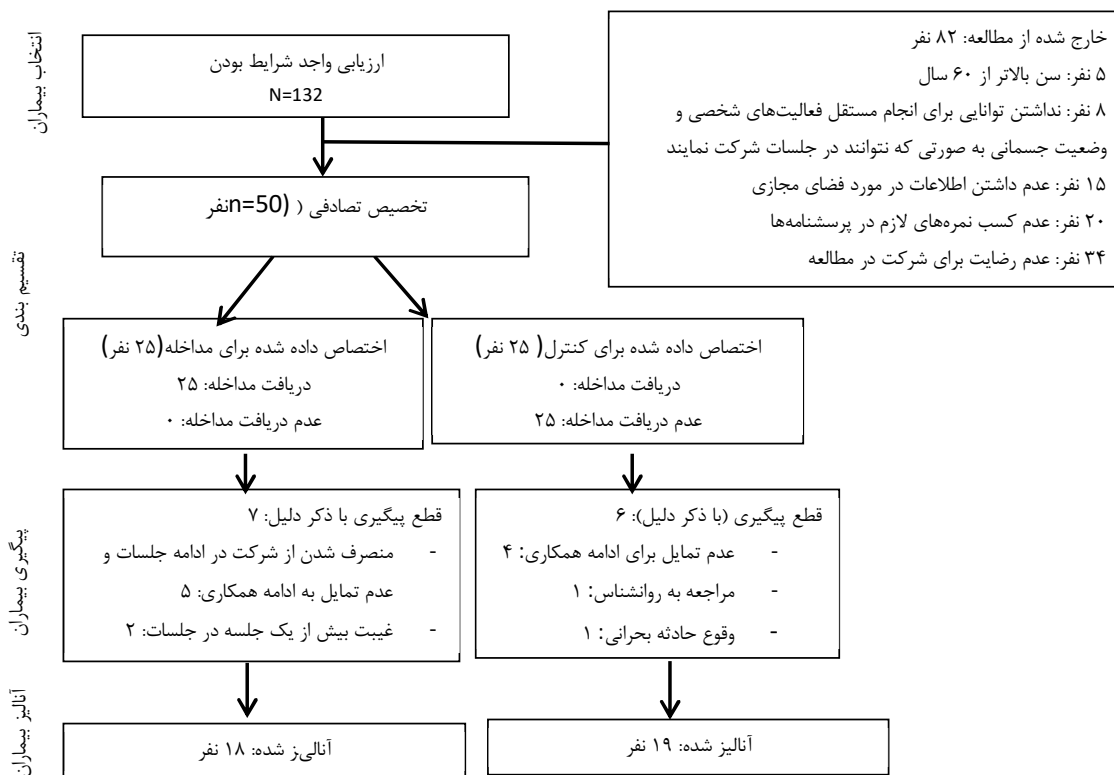
$$\alpha = 0.01 \quad 1 - \beta = 0.95$$

$$n = \frac{2s^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{2(42.25)(4.225)^2} \approx 18$$

پژوهشگر پس از مراجعه به بیمارستان امید در شیفت‌های صبح و عصر از میان بیماران بستری و سرپایی ۵۰ بیمار مبتلا به سرطان دستگاه گوارش را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند را به صورت تصادفی در دسترس وارد مطالعه نمود. سپس بیماران انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. به صورتی که پژوهشگر ۵۰ پاکت سربسته داشت که نیمی از پاکت‌ها حاوی عدد یک و نصف دیگر حاوی عدد دو بود. عدد یک مربوط به گروه کنترل و عدد دو مربوط به گروه مداخله بود. از بیماران خواسته شد که به صورت تصادفی یکی از پاکت‌ها را انتخاب کنند. این بیماران بر اساس عدد داخل پاکت به گروه کنترل یا مداخله تخصیص داده شدند (شکل ۱).

می‌باشند. همچنین افرادی که حین مطالعه خود به روان‌پزشک یا روانشناس مراجعه نمودند و تحت روان‌درمانی و دارودرمانی قرار گرفتند از مطالعه خارج شدند. در این مطالعه از میان افراد گروه مداخله پنج نفر به علت منصرف شدن از شرکت در ادامه‌ی جلسات معنادرمانی و عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری و دو نفر به علت غیبت بیش از یک جلسه در جلسات از مطالعه خارج شدند. از میان اعضای گروه کنترل نیز چهار نفر به علت عدم تمایل برای ادامه‌ی همکاری در مطالعه، یک نفر به علت مراجعه به روانشناس و یک نفر به علت وقوع حادثه‌ی بحرانی (فوت مادر) از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه برای مطالعه‌ی حاضر ۳۶ نفر تعیین گردید. برای هر گروه ۱۸ نفر محاسبه شد که با لحاظ درصد ریزش ۳۵ درصد در هر گروه ۲۵ نفر وارد مطالعه شدند. برای محاسبه‌ی این حجم نمونه از اطلاعات مطالعه‌ی رسول حشمتی و همکاران (۲۰۱۸) (۲۴) به صورت زیر استفاده گردید:

$$\mu_1 = 29.47 \pm 7.4 \quad \mu_2 = 20.12 \pm 5.6$$



شکل (۱): کنسورت ۲۰۱۷

کنند. ۵۰ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. افراد به گروه‌های کنترل و مداخله به صورت تصادفی تخصیص یافتند. بنا به علل متعدد امکان برگزاری جلسات به صورت حضوری وجود نداشت که از جمله‌ی این علل عبارتند از: شیوع بیماری کرونا، ممنوعیت پایین آمدن از تخت برای برخی بیماران با توجه به دستور پزشک، عدم وجود فضای کافی در بخش برای برگزاری جلسات، مراجعه‌ی برخی از افراد از شهرهای دیگر به بیمارستان و داشتن محدودیت رفت و آمد به بیمارستان، لذا تمامی جلسات به صورت آنلاین و با استفاده از نرم‌افزار قرار^۲ برگزار شد (قرار یک نرم‌افزار ایرانی برای تماس تصویری و برگزاری جلسات آنلاین می‌باشد که قابلیت پشتیبانی از ۵۰ نفر به طور هم‌زمان را دارد. افراد با استفاده از این نرم‌افزار می‌توانند صدا و تصویر یکدیگر را دریافت نمایند). به افرادی که در گروه مداخله بودند نحوه‌ی شرکت در جلسات مجازی آموزش داده شد. اعضای گروه کنترل و مداخله مراقبت‌های روتین مراکز درمانی که شامل درمان‌های بیماری سرطان بر اساس تجویز پزشک معالج و انجام مشاوره در صورت نیاز با سایر سرویس‌ها بود را دریافت نمودند و هیچکدام از اعضا از این مراقبت‌ها محروم نشدند. جهت رعایت اصول اخلاقی با افراد گروه کنترل پس از آزمون پیگیری یک جلسه مشاوره انفرادی مبتنی بر معنا درمانی برگزار شد. گروه مداخله به طور تصادفی به دو گروه ۱۲ و ۱۳ نفره تقسیم شد. سائز گروه بر پیشرفت و پیامد گروه تأثیر دارد. اعضای گروه باید فرصت کافی برای برقراری ارتباط متقابل و بازخورد گرفتن از هم دیگر داشته باشند در این صورت گروه دارای انسجام بیشتری خواهد بود. بازخورد و انسجام در گروه از فاکتورهای درمانی مهم گروه درمانی است (۲۸). برای افراد هر دو گروه ۱۰ جلسه معنادرمانی گروهی مبتنی بر مکتب فرانکل برگزار شد. شروع و پایان مداخله هر دو گروه هم‌زمان بوده و به مدت دو هفته طول کشید. جلسات به صورت روزانه به جز روزهای پنجشنبه و جمعه برگزار شد و هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه بود. ساعت برگزاری جلسات متغیر بوده و ساعت برگزاری هر جلسه پایان جلسه‌ی قبلی تعیین می‌شد به گونه‌ای که تمامی اعضا امکان شرکت در جلسه را داشته باشند و تعداد افراد غیبت کننده به حداقل کاهش یابد. قبل از شروع هر جلسه حضور و غیاب انجام می‌شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه حاضر پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی و پرسشنامه‌ی افسردگی بک^۱ بود. پرسشنامه افسردگی بک فرم ۱۳ گویه‌ای، نسخه خلاصه‌شده‌ی فرم ۲۱ گویه‌ای می‌باشد که در سال ۱۹۷۲ ارائه شده است. این پرسشنامه از نوع خودآزمایی بوده و برای تکمیل آن ۵ دقیقه وقت لازم است. محتوای گویه‌ها شامل حالت‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناکامی، ناخشنودی، احساس گناه، بی‌زاری از خود و کناره‌گیری اجتماعی می‌باشد. هر گویه شامل ۴ گزینه است که به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ نمره گذاری می‌شود. نمره نهایی فرد حاصل جمع کل نمره‌های وی در پرسشنامه است. دامنه نمرات بین ۰-۳۹ می‌باشد (۲۵). تفسیر نمرات به صورت ۰-۴ طبیعی، ۵-۷ افسردگی خفیف، ۸-۱۵ افسردگی متوسط و ۱۶ و بالاتر افسردگی شدید است (۲۶). در مورد اعتبار و روایی پرسشنامه‌ی افسردگی بک، ضریب آلفای ۰/۸۶ توسط بک و دیگران گزارش شده است. در باز آزمایی‌های مکرر نیز ضرایب همبستگی ۰/۷۵ و ۰/۹۵ به دست آمده است. همچنین همبستگی بین فرم کوتاه و بلند آن بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۷ گزارش شده است (۱۵). در مطالعه‌ی حمیدی و همکاران در سالمندان ایرانی ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۱ محاسبه شد. ثبات داخلی آزمون نیز از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. در بررسی همگرا پرسشنامه‌ی بک نیز از طریق سنجش همبستگی آن با نمره‌ی کل GHQ^۲-28 و نیز با چهار سازه‌ی آن تعیین شد که همبستگی پرسشنامه‌ی بک با کل نمره GHQ-28، ۰/۸ به دست آمد (۲۷).

پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه (کد اخلاق IR.UMSU.REC.1401.138) به همراه معرفی‌نامه از دانشگاه به بیمارستان امید شهر ارومیه مراجعه شد و هماهنگی‌های لازم با مسئولین بیمارستان به عمل آمد. سپس با بیماران بستری و سرپایی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند راجع به هدف پژوهش و نحوه انجام آن صحبت شد و به آن‌ها گفته شد که شرکت یا عدم شرکت آن‌ها در این مطالعه تأثیری بر نحوه مراقبت از آن‌ها در بیمارستان نخواهد داشت. سپس از بیمارانی که مایل به شرکت در طرح تحقیقاتی بودند رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه دموگرافیک به آن‌ها داده شد تا تکمیل

جدول (۱): نحوه اجرای جلسات معنادرمانی

جلسه	فعالیت‌ها
جلسه اول	معرفی خود _ تعیین اهداف و قوانین گروه _ توضیح در مورد خط سیر جلسات _ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر _ پرسش در مورد علت تصمیم‌گیری برای شرکت در معنادرمانی گروهی _ ارائه‌ی اطلاعات پایه‌ای در مورد چهار مفهوم هستی‌شناسی وجودی _ پیدا کردن

¹ Beck's Depression Inventory

² General Health Questionnaire

³³ <https://gharar.ir/>

جلسه	فعالیت‌ها
جلسه دوم	ارزش‌ها (بهره‌گیری از فن آگاهی از ارزش‌ها) _ ارائه‌ی تکلیف در منزل یا بیمارستان باهدف آغاز نمودن اکتشاف ارزش‌های خلاقیتی بحث راجع به نتایج تکلیف _ به بیماران گفته شد تا سی کلمه یا عبارتی که برای آن‌ها بارز است را بنویسند _ تحلیل الگوهای یکسان یا مشابه ارزش‌ها که چندین بار در برگه‌های کاری تکرار شده‌اند و معنادار در نظر گرفتن آن‌ها _ هر شرکت‌کننده شغلی را که مدت‌زمان بیشتری به آن اشتغال داشته است را بیان می‌کند _ اعضای گروه برای شغل مطرح شده ارزش معنادار پیشنهاد می‌کنند _ شرکت‌کننده‌ها سه تا از ارزش‌هایی که باعث شده آن شغل را انتخاب کنند در برگه‌ی ارزش‌های فرد می‌نویسند _ انجام تمرین گروهی مشاغل جایگزین (کارهای قبلی را برای مشاغل جایگزین تکرار می‌کنیم) _ انجام همین تمرین گروهی در مورد دستاوردهای خشنودکننده _ ارائه‌ی تکلیف در منزل یا بیمارستان برای شرکت‌کنندگان باهدف تکمیل اکتشاف ارزش‌های خلاق و آغاز نمودن اکتشاف ارزش‌های تجربی _ در صورت باقی ماندن وقت انجام تکالیف توسط اعضای گروه و ارائه‌ی توضیح بیشتر در صورت نیاز
جلسه سوم	بحث راجع به نتایج تکلیف _ توضیح ارکان خودباوری به بیماران _ صحبت در مورد برگه‌ی ارزش‌های فردی _ انجام تمرین گروهی در مورد رویدادهای اخیر _ انجام تمرین گروهی در مورد اشخاص مثبت _ انجام تمرین گروهی در مورد تجارب هنری _ بحث در مورد اینکه بسیاری از ارزش‌های مشخص شده بدون مشارکت گروه ظاهر نمی‌شدند _ ارائه‌ی تکلیف منزل یا بیمارستان باهدف کامل کردن اکتشاف ارزش‌های تجربی و شروع اکتشاف ارزش‌های نگرشی _ در صورت باقی ماندن وقت انجام تکالیف توسط اعضای گروه و ارائه‌ی توضیح بیشتر در صورت نیاز
جلسه چهارم	بحث راجع به نتایج تکلیف _ انجام تمرین گروهی در مورد نقل قول‌های خردمندانه _ انجام تمرین گروهی در مورد اتخاذ یک موضع مخالف با اطرافیان _ انجام تمرین گروهی در مورد ویژگی‌های و خصوصیات واقعی شخص _ ارائه‌ی تکلیف منزل یا بیمارستان باهدف ساختن سلسله مراتب ارزش‌ها _ در صورت باقی ماندن وقت انجام تکالیف توسط اعضای گروه و ارائه‌ی توضیح بیشتر در صورت نیاز
جلسه پنجم	بحث راجع به نتایج تکلیف _ بسط دادن سلسله مراتب ارزش‌ها _ انجام تمرین گروهی در مورد تعیین اهداف _ انجام تمرین گروهی در مورد زاویه‌ی دید دیگر نسبت به اهداف _ انجام بحث گروهی راجع به اهداف _ ارائه‌ی تکلیف منزل یا بیمارستان باهدف تعیین اهداف _ در صورت باقی ماندن وقت انجام تکالیف توسط اعضای گروه و ارائه‌ی توضیح بیشتر در صورت نیاز
جلسه ششم	بحث راجع به نتایج تکلیف _ نمایش دادن (تحلیل اهداف به‌منظور تناسب داشتن با ارزش‌های شخصی) _ تکرار نمایش دادن _ ارائه‌ی توضیح _ ارائه‌ی تکلیف منزل یا بیمارستان باهدف پی بردن به ارزش‌هایی که در زندگی هیچ هدفی برای آن‌ها ندارند _ در صورت باقی ماندن وقت انجام تکالیف توسط اعضای گروه و ارائه‌ی توضیح بیشتر در صورت نیاز
جلسه هفتم	بحث راجع به نتایج تکلیف _ نمایش دادن (تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های نادیده گرفته شده) _ تکرار نمایش دادن برای اهداف متوسط و بلند مدت _ ارائه‌ی تکلیف منزل یا بیمارستان باهدف تعیین یک هدف کوتاه مدت، یک هدف متوسط و یک هدف بلند مدت جدید _ در صورت باقی ماندن وقت انجام تکالیف توسط اعضای گروه و ارائه‌ی توضیح بیشتر در صورت نیاز
جلسه هشتم	بحث راجع به تکلیف _ نمایش دادن (طرح دستیابی به اهداف) _ تکرار نمایش دادن _ بحث _ ارائه‌ی تکلیف منزل یا بیمارستان با هدف طرح هدف کوتاه مدت، متوسط و بلند مدت و تنظیم در برنامه‌ی دستیابی _ در صورت باقی ماندن وقت انجام تکالیف توسط اعضای گروه و ارائه‌ی توضیح بیشتر در صورت نیاز
جلسه نهم	بحث راجع به تکلیف _ تمرین گروهی برای بیان و پی بردن به نقاط ضعف و قوت _ بحث و نمایش دادن در مورد تغییر یافتن نقاط ضعف و قوت _ ارائه‌ی تکلیف باهدف توصیف نقاط ضعف و قوت و لحاظ نمودن نقاط ضعف و قوت در طرح برنامه‌ها _ در صورت باقی ماندن وقت انجام تکالیف توسط اعضای گروه و ارائه‌ی توضیح بیشتر در صورت نیاز
جلسه دهم	بحث راجع به تکلیف _ خلاصه کردن جلسات _ بحث در مورد تغییراتی که شرکت‌کنندگان در نتیجه‌ی شرکت در جلسات احساس می‌کنند _ ایجاد انگیزش _ تنظیم قرارداد توسط خود افراد.

نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ قابل اجرا بود.

یافته‌ها

از ۳۷ بیمار مبتلا به سرطان گوارش ۱۸ نفر در گروه مداخله و ۱۹ نفر در گروه کنترل در این مطالعه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جدول فراوانی توزیع متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه کنترل و مداخله در جدول ۲ آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک ۴ و ۳۰ روز پس از پایان مداخله مجدداً توسط شرکت کنندگان هر دو گروه تکمیل شدند. برای تحلیل اطلاعات مطالعه‌ی فوق از آمار توصیفی در قالب نمودارها و جداول استفاده شد و همچنین از آزمون‌های کلموگروف اسمیرنوف، تی مستقل، تی زوجی، کای دو، من ویتنی و آزمون تحلیلی واریانس برای طرح‌های تکراری (R-M) نیز استفاده شد که این امر با استفاده از

جدول (۱): جدول فراوانی توزیع متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه‌ها				
	کنترل		مداخله		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
جنسیت	مرد	۱۳	۷۲/۲	۱۱	۵۷/۹
	زن	۵	۲۷/۸	۸	۴۲/۱
وضعیت تأهل	مجرد	۲	۱۱/۱	۴	۲۱/۱
	متأهل	۱۶	۸۸/۹	۱۵	۷۸/۹
قومیت	کرد	۹	۵۰	۱۰	۵۲/۶
	ترک	۹	۵۰	۹	۴۷/۴
تحصیلات	زیر دیپلم	۷	۳۸/۹	۸	۴۲/۱
	دیپلم تا لیسانس	۷	۳۸/۹	۵	۲۹/۳
	بالتر از لیسانس	۴	۲۲/۲	۶	۳۱/۶
بیماری زمینه‌ای	دارد	۵	۲۷/۸	۶	۳۱/۶
	ندارد	۱۳	۷۲/۲	۱۳	۶۸/۴
میزان درآمد	کفاف	۵	۲۷/۸	۳	۱۵/۸
	غیر کفاف	۱۳	۷۲/۲	۱۶	۸۴/۲
سن	میانگین ± انحراف معیار	۴۹/۶۷ ± ۶/۶۳۳	۴۷/۶۳ ± ۱۰/۳۱۳		
زمان تشخیص بیماری	میانگین ± انحراف معیار	۱/۵ ± ۰/۷۰۷	۱/۴۷ ± ۰/۶۱۲		

و زمان تشخیص بیماری بین دو گروه مداخله و کنترل همگن بوده و از نظر آماری معنی دار نمی‌باشد. نتایج جدول ۲ توزیع توام فراوانی و درصد فراوانی سطح افسردگی در سه مقطع اندازه‌گیری شده به تفکیک دو گروه مداخله و گروه کنترل نشان داده شده است.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو توزیع فراوانی متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، قومیت، تحصیلات، بیماری زمینه‌ای و میزان درآمد بین دو گروه کنترل و مداخله همگن بوده و از نظر آماری معنی دار نمی‌باشد. همچنین، میانگین متغیرهای سن

جدول (۲): توزیع توام فراوانی سطح افسردگی در سه مقطع بین دو گروه مداخله و کنترل

مقطع	گروه				
	کنترل		مداخله		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
اول	افسردگی متوسط	۲	۱۱/۱	۷	۳۶/۸
	افسردگی شدید	۱۶	۸۸/۹	۱۲	۶۳/۲
دوم	افسردگی خفیف	۶	۳۳/۳	۰	۰

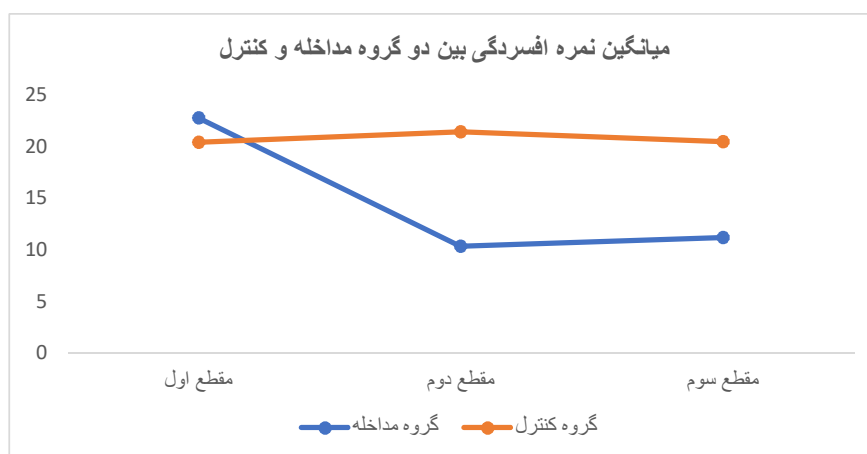
گروه				مقطع	سوم
کنترل		مداخله			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۱۵/۸	۳	۶۱/۱	۱۱	افسردگی متوسط	
۸۴/۲	۱۶	۵/۶	۱	افسردگی شدید	
۵/۳	۱	۲۲/۲	۴	افسردگی خفیف	
۱۵/۸	۳	۷۲/۲	۱۳	افسردگی متوسط	
۷۸/۹	۱۵	۵/۶	۱	افسردگی شدید	

نتایج جدول ۲ نشان داد که در بیشتر افراد در مقطع اول در گروه کنترل و مداخله افسردگی شدید داشتند. همچنین، بیشتر افراد در مقطع دوم و سوم در گروه کنترل افسردگی شدید و گروه مداخله افسردگی متوسط داشتند. جدول ۳ مقایسه میانگین نمره افسردگی در سه مقطع اندازه‌گیری شده به تفکیک گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد.

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره افسردگی در سه مقطع اندازه‌گیری شده به تفکیک گروه مداخله و کنترل

گروه				مقطع	اثر
کنترل		مداخله			
۲۰/۳۷ ± ۷/۴۸۵		۲۲/۷۸ ± ۷/۲۴		اول	
۲۱/۴۲ ± ۶/۵۴۳		۱۰/۲۸ ± ۳/۸۳۲		دوم	
۲۰/۴۷ ± ۶/۶۷		۱۱/۱۷ ± ۳/۷۳		سوم	
معنی‌داری	F	میانگین مربعات	مجموع مربعات		
۰/۰۰۱	۵۷/۴۹۶	۶۴۵/۰۹۶	۸۱۱/۶۵	زمان	
۰/۰۰۱	۷۰/۷۸۶	۷۹۴/۲۰۳	۹۹۹/۲۵۲	زمان × گروه	
۰/۰۰۳	۱۰/۱۳۶	۱۰۰۲/۸۱۶	۱۰۰۲/۸۱۶	گروه	

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری (Repeated Measures) میانگین نمره افسردگی در دو مقطع دوم و سوم اندازه‌گیری بین دو گروه مداخله و کنترل معنی‌دار بوده است که نشان‌دهنده تأثیر مداخله بر روی میانگین نمره افسردگی می‌باشد ($P=0/003$). نمودار این مقادیر در زیر نشان داده شده است.



نمودار (۲): میانگین نمره افسردگی در سه مقطع اندازه‌گیری شده به تفکیک گروه مداخله و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر معنادرمانی گروهی مبتنی بر مکتب فرانکل بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش انجام شد. نتایج مطالعه حاضر بیانگر کاهش معنادار میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در سه مقطع اول، دوم و سوم اندازه‌گیری در گروه مداخله بوده است که نشان‌دهنده تأثیر مداخله بر روی میانگین نمره افسردگی نسبت به دوره پیش‌آزمون بوده است و این تأثیر در مرحله پیگیری تداوم داشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در معنادرمانی بر روی این نکته که افسردگی به علت بی‌معنا شدن زندگی ایجاد می‌شود، تأکید می‌شود. به عبارتی وقتی فرد به علت مسائل و مشکلاتش، زندگی را بی‌معنا می‌پندارد، دچار افسردگی می‌شود و خود را موجودی دست و پا بسته در مقابل حوادث روزگار می‌بیند. وجود هدف و معنا در زندگی می‌تواند به افراد کمک کند تا بر افسردگی خود چیره شوند. در شیوه معنادرمانی فرانکل، گمان بر این است که چنانچه فرد در زندگی هدف و معنایی داشته باشد توانا خواهد بود تا بر افسردگی و به عبارتی بر اختلال‌های روانی چیره گردد و باتکیه بر آزادی درگزینش زندگی، مسئول زندگی و وجودش باشد. شرکت در جلسات آموزشی با تأکید بر معنا، هدف و ارزشهای زندگی و همچنین تعامل با هم‌تایان خود، مسئولیت‌پذیری را در فرد افزایش می‌دهد. فرد با قبول این مسئولیت و پذیرش شرایط فعلی خود به فعالیت و تلاش برای بهبود خود تشویق می‌شود. این امر زمینه را برای کاهش نشانه‌های افسردگی فراهم می‌کند. در همین راستا، مطالعه دلاوری و همکاران (۲۰۱۴) باهدف تأثیر معنادرمانی بر اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج نشان داد که معنادرمانی در کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلا به سرطان تأثیر معناداری دارد که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود (۲۹). به نظر می‌رسد از طریق اینگونه مداخلات به فرد افسرده کمک می‌شود تا زمان حال و بهبود فعلی خود را کوچک تلقی نکند و از آینده‌ای که هنوز نیامده است، ترس نداشته باشد. از آنجا که معنادرمانی فلسفه‌ای از زندگی را آموزش می‌دهد که در آن فرد برای وجود و حیاتش مسئول و به رشته‌ای از ارزش‌ها پایبند است و برای رنج بردن معنایی می‌یابد، طبیعی است که اینگونه آموزش‌ها می‌تواند باعث کاهش نشانه‌های عاطفی افسردگی از قبیل غمگینی، نارضایتی و بی‌قراری و نشانه‌های شناختی افسردگی از جمله بدبینی، احساس شکست و بی‌ارزشی در بیماران شود. با اینکه در مطالعه دلاوری مداخله بر اساس درک ظاهر فیزیکی و ارتباط بود، مطالعه حاضر مبتنی بر مکتب فرانکل بود اما به دلیل

محتوای نزدیک به هم این مداخلات و داشتن یک اصل (درک معنای زندگی) نتایج یکسان بود. همچنین مطالعه سوتریسنو^۱ و همکاران (۲۰۱۷) باهدف بررسی تأثیر معنادرمانی بر میزان تولید کورتیزول، پروتئین استرس گرمایی^۲، افسردگی و درد در بیماران پیشرفته سرطان دهانه رحم در اندونزی انجام شد. این مطالعه نشان داد که معنادرمانی بر میزان تولید کورتیزول، افسردگی و درد در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته دهانه رحم تأثیر می‌گذارد (۳۰). همچنین، مطالعه سیستماتیک کولائی و همکاران (۲۰۱۸) باهدف بررسی تأثیر معنادرمانی بر افسردگی در بیماران سرطانی نشان داد که معنادرمانی می‌تواند نقش بسزایی در کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان داشته باشد که همسو با نتایج مطالعه حاضر بود (۳۱). در مطالعه حمید و همکاران، بیماران سرطانی به مدت ۱۰ جلسه معنادرمانی تحت درمان قرار گرفتند. محتوای جلسات بر اساس رویکرد وجودی، مبانی نظری و تکنیک‌های درمانی معنادرمانی و در چارچوب طرح طراحی اندرسون^۳ (۲۰۰۷)، بلر^۴ (۲۰۰۴) و هاتزل^۵ (۲۰۰۲) طراحی شد. پس از مداخله، افراد با مقیاس افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند که نتایج مثبت معنادرمانی برای کاهش افسردگی را تأیید کرد (۳۲). ابوالقاسمی و همکاران در مطالعه دیگری بر روی زنان مبتلا به سرطان از دو مداخله معنادرمانی (۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) و تجسم هدایت شده (۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) برای کاهش افسردگی استفاده کردند که محتوای جلسات مطابق با پیشنهادات کتاب انسان در جستجوی معنا بود. در مطالعه ابوالقاسمی، پس از ارزیابی افسردگی با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، محققان دریافتند که اگرچه هر دو نوع مداخله در کاهش افسردگی بیماران سرطانی مؤثر بوده است، اما بر اساس نتایج، معنادرمانی در مقایسه با تجسم هدایت شده، در کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان مؤثرتر بوده است (۳۳). با اینحال، مطالعه سان^۶ و همکاران (۲۰۲۱) باهدف بررسی تأثیر معنادرمانی بر پریشانی، افسردگی و تضعیف روحیه در بیماران مبتلا به سرطان پستان و سرطان زنان نشان داد که معنادرمانی در کاهش افسردگی و تضعیف روحیه بیماران سرطان سینه و سرطان زنان مؤثر بود اما بر پریشانی بیمار تأثیر ندارد که با سایر مطالعات متفاوت است (۳۴). به نظر می‌رسد تفاوت منابع و کتاب‌های انتخاب شده برای تدوین محتوای جلسات، تفاوت در حجم نمونه، نوع سرطان و مرحله آن، نوع ابزار مورد استفاده برای ارزیابی افسردگی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه، علل احتمالی تفاوت در نتایج این مطالعات (میزان تأثیر معنادرمانی) می‌باشد. از

⁴ Blur

⁵ Hazal

⁶ Sun

¹ Soetrisno

² HSP70

³ Anderson

اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش دهی (پرسشنامه‌ای) صورت گرفته است، که به دلیل تعصب در پاسخ‌دهی ممکن است مستعد تحریف باشد. بعلاوه، جلسات معنادرمانی به صورت مجازی برگزار شدند که همین مورد می‌تواند به‌عنوان محدودیتی دیگر تلقی شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه برگرفته از پایان نامه دانشجویی جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روانپرستاری با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1401.138 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20220507054762N1 می‌باشد. از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی ارومیه جهت حمایت‌های همه‌جانبه قدردانی می‌شود. همچنین لازم است از مسئولین محترم بیمارستان امید ارومیه و بیماران شرکت کننده در این پژوهش قدردانی کنیم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد و تعارض منافی در خصوص پژوهش انجام شده حاضر وجود نداشت.

References:

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022;72(1):7-33. <https://doi.org/10.3322/caac.21708>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71(3):209-49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
4. Rahmati N, Asghari MM, Shairi M, Paknejad M, Rahmati Z, Ghassami M, et al. A study of the psychometric properties of the pain catastrophizing scale amongst iranian patients with chronic persistent pain. *J Ilam*

طرفی، دیگر نتایج مهم به دست آمده در مطالعه حاضر، برگزاری جلسات معنادرمانی به‌صورت گروهی بوده است. توجه به این نکته مهم است که تأثیر معنادرمانی بر افسردگی احتمالاً تحت تأثیر بسیاری از عوامل دیگر از جمله شدت بیماری یا وضعیت تحت درمان، وضعیت سلامت کلی فرد، مداخلات خاص مورد استفاده در معنادرمانی و پاسخ فرد به درمان است.

با توجه به مطالعه حاضر، مشاهده شده است که معنادرمانی گروهی مبتنی بر مکتب فرانتل تأثیر قابل توجهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش دارد. این مداخله توانسته است نمره‌های افسردگی را در سه مقطع زمانی اندازه‌گیری شده کاهش دهد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. این نتایج نشان می‌دهند که تأکید بر معنا و هدف در زندگی می‌تواند به افراد کمک کند تا با افسردگی مقابله کنند و بهبود یابند.

محدودیت پژوهش

محدودیت‌های این پژوهش عبارتند از عدم امکان نمونه‌گیری جامع از کلیه مراکز آموزشی درمانی شهر، که این امر تا حدی تأثیری بر قابلیت تعمیم نتایج به جامعه‌ی کلی دارد. همچنین، جمع‌آوری

Univ Med Sci 2017;25(1):63-79.

<https://doi.org/10.29252/sjimu.25.1.63>

5. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *Eur J Cancer* 2018;103:356-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.07.005>
6. Guinney J, Wang T, Laajala TD, Winner KK, Bare JC, Neto EC, et al. Prediction of overall survival for patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: development of a prognostic model through a crowdsourced challenge with open clinical trial data. *Lancet Oncol* 2017;18(1):132-42. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30560-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30560-5)
7. Parikh D, Ieso PD, Garvey G, Thachil T, Ramamoorthi R, Penniment M, et al. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients-a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(2):641-6. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.2.641>

8. O'Hea EL, Monahan BR, Cutillo A, Person SD, Grissom G, Boudreaux ED. Predictors of psychological distress and interest in mental health services in individuals with cancer. *J Health Psychol* 2016;21(6):1145-56. <https://doi.org/10.1177/1359105314547752>
9. Rezaei S, Rasooli M, Suri H, Bakhtiari M. Uncertainty scale in children in adolescents with cancer. *Nurs Midwifery J* 2016;9:86.
10. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer* 2019;19(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>
11. Boyes AW, Girgis A, D'Este CA, Zucca AC, Lecathelinais C, Carey ML. Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: a population-based longitudinal study. *J Clin Oncol* 2013;31(21):2724-9. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.7540>
12. Salehi F, Mohsenzade F, Arefi M. Prevalence of death anxiety in patients with breast cancer in Kermanshah, 2015. *Iran J Breast Dis* 2016;8(4):34-40.
13. Wang Y, Duan Z, Ma Z, Mao Y, Li X, Wilson A, et al. Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry* 2020;10(1):263. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>
14. Fervaha G, Izard JP, Tripp DA, Rajan S, Leong DP, Siemens DR, editors. Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*; 2019: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2018.12.020>
15. Soetrisno, Sulistyowati S, Ardianto A, Hadi S. The effect of logotherapy on the expressions of cortisol, HSP70, Beck Depression Inventory (BDI), and pain scales in advanced cervical cancer patients. *Health Care Women Int* 2017;38(2):91-9. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1237952>
16. Arzani M. The efficacy of group logo therapy on reducing depression among people addicted to drugs. *World Sci News* 2016(44):181-91.
17. Orive M, Barrio I, Orive V, Matellanes B, Padierna J, Cabriada J, et al. A randomized controlled trial of a 10 week group psychotherapeutic treatment added to standard medical treatment in patients with functional dyspepsia. *J Psychosom Res* 2015;78(6):563-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.003>
18. Frankl V. *Man's search for meaning*. Boston, Mass: Beacon press 2006.
19. Ulrichová M. Logo therapy and existential analysis in counselling psychology as prevention and treatment of burnout syndrome. *Procedia Soc Behav Sci* 2012;69:502-8. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.11.439>
20. Bijari H, Ghanbari H, Abadi B, Agha Mohammadian Sharabaf HR. The effectiveness of group therapy based on hope therapy approach on increasing life expectancy of women with breast cancer. *J Educ Psychol* 2010;10(1):172-84.
21. Logan S, Perz J, Ussher JM, Peate M, Anazodo A. Systematic review of fertility-related psychological distress in cancer patients: Informing on an improved model of care. *Psycho-Oncol* 2019;28(1):22-30. <https://doi.org/10.1002/pon.4927>
22. Karamoozian M, Baghery M, Darekordi A, Aminizadeh M. Impact of Cognitive-Behavioral Group therapy Stress Management Intervention on mental health and pain coping strategies breast cancer patients. *Iran J Breast Dis* 2014;7(2):56-66.
23. Tayyari B, Hosseinpour H. The effectiveness of mental imagery on patient's emotions. *Tabriz: Pejvak Alborze*;1395.
24. Heshmati R, Heidary M, Adl F. effectiveness of group logotherapy on depression and anxiety in patients with cancer: a clinical trial study. *J N Khorasan Univ Med Sci* 2018;10(2):79-86. <https://doi.org/10.52547/nkums.10.2.79>

25. Lindzi S, Powell G. Diagnosis and treatment of mental disorders in clinical psychology. Translated by Nikkhoo M, Hamayak A Tehran: Maharat publication. 2000.
26. Kaviani H, Ahmadi Abhari AS, Nazari H, Hormozi K. Prevalence Of Depressive Disorders In Tehran Resident Population (year 2000). Tehran Univ Med J 2002;60(5):393-9.
27. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck depression inventory-II among the Iranian elderly population. J Sabzevar Univ Medi Sci 2015;22(1):189-98.
28. Halter MJ. *Varcarolis' foundations of psychiatric mental Health nursing: a clinical approach*. New York: 7th ed, Elsevier saunders;2014.
29. Delavari H, Nasirian M, Baezgar Bafrooei K. Logo therapy effect on anxiety and depression in mothers of children with cancer. Iran J Pediatr Hematol Oncol 2014;4(2):42-8.
30. Sulistyowati S, Ardianto A, Hadi S. The effect of logotherapy on the expressions of cortisol, HSP70, Beck Depression Inventory (BDI), and pain scales in advanced cervical cancer patients. Health Care Women Inte 2016;38(2):91-9. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1237952>
31. Koulaee AJ, Khenarinezhad F, Abutalebi M, Bagheri-Nesami M. The effect of logotherapy on depression in cancer patients: A systematic review study. World Cancer Res J 2018;5(3):e1134.
32. Hamid N, Talebian L, Mehrabizadeh Honarmand M, Yavari A. The effects of logotherapy on depression, anxiety and quality of life of cancer patients in ahvaz big oil haspital. Psychol Achiev 2011;18(2):199-224.
33. Abolghasami S, Saecadi S, Morri NN. The effect of Guided Imagery and logo therapy on depression, anxiety and hopefulness in women with cancer in Ahwaz. 2010.
34. Sun F-K, Hung C-M, Yao Y, Fu C-F, Tsai P-J, Chiang C-Y. The effects of logotherapy on distress, depression, and demoralization in breast cancer and gynecological cancer patients: A preliminary study. Cancer Nurs 2021;44(1):53-61. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000740>

THE EFFECT OF GROUP LOGOTHERAPY BASED ON THE FRANKEL'S LOGOTHERAPY SCHOOL ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL CANCER

Laia Rezapour¹, Moloud Radfar^{2*}, Mah Mounir Haghighi³, Vahid Alinejad⁴

Received: 01 August, 2023; Accepted: 10 September, 2023

Abstract

Background & Aims: Depression is one of the common psychological problems in the patients with gastrointestinal cancer and can affect their quality of life and recovery process. Various psychotherapy treatments are used to reduce depression in these patients. This study aimed to determine the effect of group logotherapy based on the Frankel's logotherapy School on depression in the patients with gastrointestinal cancer.

Materials & Methods: This study was a semi-experimental research with a pre-test-post-test design. The research population was all the patients with gastrointestinal cancer referred to Omid Hospital in Urmia, Iran. Among the inpatients and outpatients, 50 patients with gastrointestinal cancer who met the inclusion criteria were selected using convenience sampling. Then the patients were allocated to control and intervention groups randomly. The data collection tool in the current study was a demographic questionnaire and Beck's depression questionnaire. All meetings were held online using the Ghara software. The intervention group was randomly divided into two groups of 12 and 13 people. Ten sessions, each lasting 60-90 minutes, were held for two weeks of group logotherapy based on the Frankel's School for the patients in the intervention groups. The control group members did not receive any intervention. Beck Depression Questionnaire was completed by the participants of both groups before and at 4th and 30th days after the end of the intervention. The results were analyzed using SPSS version 22 software.

Results: The mean score of depression in the intervention group in the first, second, and third stages were 22.78 ± 7.24 , 10.28 ± 3.832 , and 11.17 ± 3.73 , respectively; however, in the control group, they were 20.37 ± 7.485 , 21.42 ± 6.543 , and 20.47 ± 6.67 , respectively. According to the results of the repeated measures analysis of variance, the mean difference between depression scores in the first, second, and third phases were statistically significant, indicating the intervention's effect on the mean depression score ($P=0.003$).

Conclusion: These results show that logotherapy based on the Frankel School can facilitate recovery of depression in patients with gastrointestinal cancer.

Keywords: Cancer, Depression, Frankel School, Logotherapy

Address: Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Tel: +989144466190

Email: radfar.m@umsu.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ MSc student in psychiatric nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Iran

² Professor of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor of Biostatistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran