



## اثربخشی معادرمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان

✉ هانیه کمالی

دانشگاه پیام نور عسلویه

دکتر سید یونس محمدی

دانشگاه پیام نور عسلویه

با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندان در قرن ۲۱ به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، توجه به برآورده کردن نیازهای جسمانی و روانی سالمندان ضروری است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معادرمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان ۸۰-۶۰ سال ساکن سراهای سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. ۳۰ نفر از سالمندان به صورت در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. برنامه مداخله‌ای گروه آزمایش (معادرمانی گروهی) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل، احساس تنهایی راسل، پیلوا و کورتونا و سلامت عمومی گلدبرگ و هیلد استفاده شد. داده‌ها با استفاده از میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سازگاری اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.001$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که معادرمانی گروهی بر افزایش سازگاری اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و بهبود سلامت روان مؤثر بوده است و این درمان در مراکز سالمندان توصیه می‌گردد.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۱۶

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۶

کلیدواژه‌ها: معادرمانی، سازگاری اجتماعی، احساس تنهایی، سلامت عمومی، سالمندان

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

محمدی، س. ی. و کمالی، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی معادرمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۱)، ۶۱-۷۲.

سید یونس محمدی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، عسلویه، ایران؛ هانیه کمالی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، عسلویه، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به هانیه کمالی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، عسلویه، ایران باشد.

پست الکترونیکی: hony\_kamali@yahoo.com

این گروه جمعیتی دو برابر می‌شود (اکامپو، ۲۰۱۰). در این بین، روند افزایش سالمندی، ایران را هم بی‌نصیب نگذاشته است. بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران، جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال ایران از ۸ درصد کنونی به ۲۲ درصد در سال ۱۴۲۵ افزایش پیدا خواهد کرد (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۶، به نقل از مرادی و شریعتمدار، ۱۳۹۵).

پدیده سالمندی نتیجه سیر طبیعی زمان است که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی می‌شود. این فرایند از دوره‌ای به دوره دیگر در بعضی اشخاص به تدریج

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) سن بالای ۶۰ سال به عنوان نقطه شروع سالمندی<sup>۲</sup> در نظر گرفته می‌شود. جمعیت سالمند به عنوان افراد بالای شصت سال تعریف شده است که رشد ۲/۴ درصد در مقایسه با رشد ۷/۱ درصد کل جمعیت دنیا دارد. این جمعیت در سال ۲۰۵۰ به یک میلیارد و دو بیست و نه میلیون نفر افزایش پیدا می‌کند و نشان‌دهنده این مطلب است که هر ۲۵ سال

<sup>1</sup> World Health Organization

<sup>2</sup> elderly

دست دادن استقلال که تأثیر عمیقی بر هویت این افراد دارد (لیبینگ، گوبرمان و ویلز، ۲۰۱۶) می‌تواند منجر به ایجاد احساس تنهایی در سالمندان شود. احساس تنهایی حالتی است ناراحت‌کننده و زمانی به وجود می‌آید که بین روابط بین‌فردی که فرد تمایل دارد آن را داشته باشد و روابطی که وی در حال حاضر دارد فاصله وجود داشته باشد. شواهد نشان می‌دهند احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است (دیجانگروید، ونتیورگ و فریدمن، ۲۰۱۶) و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۵۶ سال را برحسب سن و جنس تحت تأثیر قرار می‌دهد (هاچیسانگل، ایلدیریم و کاراکوت، ۲۰۱۲). احساس تنهایی پیش‌بینی کننده افسردگی (سانتینی و همکاران، ۲۰۱۶)، کاهش فعالیت جسمی (هاوکل، تیسند و کاسپیو، ۲۰۰۹)، بدکارکردی در شناخت مانند شروع دمانس (هالوردا و همکاران، ۲۰۱۲)، خواب آشفته (کریستیانسن، لارسن و لاسگارد، ۲۰۱۶)، افزایش مقاومت عروقی (جالسینگ، کرامهات، گلیجنس و گیلتهای، ۲۰۱۶) و افزایش فشار خون (هاوکل، تیسند، ماسی و کاسپیو، ۲۰۱۰) می‌باشد. کاهش قوای جسمی و سلامتی و فوت نزدیکان، سالمندان را در خطر انزوا قرار می‌دهد و تنهایی در اواخر عمر برای بسیاری از آنان ناخوشایند و فرساینده است (ویلن، هدر، میچلن‌فلتر و ویلن، ۲۰۱۶). صاحب‌نظران معتقدند هر کوششی که منجر به رفع احساس تنهایی سالمندان شود، باعث بهبود عزت‌نفس و کاهش مشکلات روانی آنان می‌شود (شالینی و شالینی، ۲۰۱۴).

بر اساس پژوهش‌های متعدد سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند در مقایسه با آنهایی که با اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند نسبت به ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی مستعدتر هستند (کیم، ۲۰۰۱؛ کانگ، کیم، گیو و آن، ۲۰۰۳). سلامتی حالتی است که نه تنها کارکردهای بدن فرد، بلکه به بسیاری از جنبه‌های کارکردهای روانی او بستگی دارد. نزدیک به ۶۰ سال قبل سازمان بهداشت جهانی سلامتی را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی، اجتماعی و نه صرف بیمار نبودن مطرح کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). تنگناهای اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، آموزشی، بهداشتی و عاطفی، استناددهای پایین و سبک ناصحیح زندگی در ایران به‌ویژه در دهه‌های گذشته بیانگر وضعیت نامطلوب سالمندان کشور است که بر اثر آن افراد در ایران حدود ۱۵ سال

و در بعضی دیگر به سرعت و همراه با صدمات روحی به وقوع می‌پیوندد (یایلوکل و سیدمن، ۲۰۱۲). طیف وسیعی از سالمندان نمی‌توانند با وضعیت کنونی‌شان سازگار شوند، بنابراین دچار انواع مشکلات روانی از جمله عدم سازگاری می‌گردند. سازگاری به توانایی فرد در تطابق با محیط اطرافش اشاره دارد (پونیا و سانگوان، ۲۰۱۱) و می‌تواند در حیطه‌های مختلفی مطرح شود و ابعاد اجتماعی، خانوادگی، عاطفی و شغلی را شامل می‌شود. برخی از صاحب‌نظران، سازگاری اجتماعی<sup>۱</sup> را در رأس سایر ابعاد تلقی می‌کنند (امانی، اعتمادی، فاتحی‌زاده و بهرامی، ۱۳۹۱). در واقع سازگاری اجتماعی عبارت است از توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریق خاص که در عرف جامعه قابل قبول باشد (موران و همکاران، ۲۰۱۶). سازگاری اجتماعی فرایندی است که افراد را قادر می‌سازد تا رفتارهای دیگران را درک و پیش‌بینی کنند، رفتار خود را کنترل و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم کنند (اسلامی‌نسب، ۱۳۸۹). تغییرات دوران سالمندی تأثیرات عمیقی بر زندگی و بهداشت روانی سالمندان دارد. اگر شخصیت فرد انعطاف‌پذیر باشد، توانایی بیشتری برای سازگاری با این تغییرات خواهد داشت، اما اگر سالمند این تغییرات را در جهت منفی ادراک کند، میزان انعطاف‌پذیری و سازگاری او کمتر می‌شود (تقی‌نژاد، اقلیما، عرشی و پور حسین هندآباد، ۱۳۹۶). در واقع سازگاری امری نسبی است و انسان‌ها با درجات مختلفی به آن دست می‌یابند. سازگاری و هماهنگی با خود و محیط برای هر موجود زنده‌ای ضروری است و همه تلاش‌های روزمره انسان توسط این سازگاری تحت تأثیر قرار می‌گیرد (یزدانبخش، ۱۳۹۴).

یکی از مهم‌ترین مشکلات آسیب‌زا، مسأله احساس تنهایی<sup>۲</sup> در سالمندان است که بسیاری از آنها در جوامع مختلف آن را تجربه می‌کنند (ژائو، وانگ و یو، ۲۰۱۶). تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی شامل مسائلی همچون کاهش توانایی‌های فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه وقایع مهم زندگی همچون بازنشستگی، اقامت در خانه‌های سالمندان و کاهش درآمد (قربانعلی‌پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱)، کم شدن موقعیت‌ها برای برقراری ارتباط‌های اجتماعی، از دست دادن حمایت اجتماعی و مشارکت کمتر در جامعه (کایسا، سیرپا و ایرما، ۲۰۱۶)، و از

<sup>۱</sup> social adjustment

<sup>۲</sup> loneliness

اراده‌ای معطوف به معنا برانگیخته می‌شوند و انسان دارای اراده‌ای آزاد است. فرانکل (۱۹۶۷)، به نقل از گارسیا اندلیت، (۲۰۱۵) معتقد است که درست در جایی که ما با یک موقعیت روبه‌رو می‌شویم که نمی‌توانیم آن را تغییر دهیم اما از ما انتظار می‌رود که خود را تغییر دهیم، می‌توانیم رشد کنیم، بالغ شویم و از خود فراتر رویم (گارسیا-اندلیت، ۲۰۱۵).

در راستای پیشینه پژوهش، پژوهش‌های متعددی به چشم می‌خورد که حاکی از اثربخشی رویکرد معنادرمانی بر متغیرهای مختلف است. در این راستا پژوهش‌های متعدد نشان داده است که معنادرمانی به عنوان یک مداخله بر افزایش سطح سلامت روان، کاهش میزان اضطراب و فشار روانی و نیز کاهش اختلال در کنش اجتماعی زنان سالمند (فخار، نوابی‌نژاد و فروغان، ۱۳۸۷)، بهبود افسردگی سالمندان (اصغری، علی‌اکبری و دادخواه، ۱۳۹۱)، کاهش احساس تنهایی مردان بازنشسته (سودانی، شجاعیان و نیسی، ۱۳۹۱)، افزایش امید و سلامت عمومی بیماران دیالیزی (تارا، بهاری‌پور و حمیدی‌پور، ۱۳۹۴)، کاهش احساس تنهایی در سالمندان، بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی زنان سالمند (زنجران، کیانی، زارع و شایقیان، ۱۳۹۴) و افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان (گل‌محمدیان، نظری و پروانه، ۱۳۹۶) مؤثر بوده است.

معنادرمانی قدرت مبارزه‌جویی روح انسان را فعال نموده و موجب می‌شود وی بر موقعیت‌های جاری زندگی غلبه کند تا تغییر مطلوبی که شفاف‌بخش و زندگی‌بخش است را ایجاد نماید. پیام معنادرمانی این است که ما معنوی هستیم، منحصر به فردیم و می‌توانیم نگرش خود را تغییر دهیم و فراتر از مشکلات، وقایع روزانه را ببینیم (فرانکل، ۱۹۶۷)، به نقل از تقوایی‌نیا و دلاوری‌زاده، (۱۳۹۵). بر اساس آنچه بیان شد و با توجه به رشد جمعیت سالمندان و تغییر هرم جمعیتی و اینکه سالمندان قشر آسیب‌پذیر هستند و نیز تأثیرگذاری روش فرانکل در برخورد با شرایط ناتوان کننده و افزایش معنای زندگی، ضرورت دارد تا پژوهشی پیرامون اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افزایش سازگاری اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و افزایش سلامت عمومی سالمندان انجام شود تا بتوان مشکلات این قشر از جامعه را بهتر شناسایی کرد و نسبت به رفع آن اقدام نمود. از این رو فرضیه‌های پژوهش حاضر به این صورت مطرح می‌شود که (۱) آموزش معنادرمانی گروهی بر افزایش سازگاری سالمندان مؤثر است، (۲) آموزش معنادرمانی

زودتر از سن تقویمی پیر می‌شوند (حبیبی، نیکپور، صحبت زاده و حقانی، ۲۰۰۸). با افزایش سن سالمندی، تغییراتی در ابعاد مختلف به شکل ضعف توان جسمانی، کاهش قوای مغزی، اختلالات روانی مثل تنهایی، بیماری‌های مزمن و تغییر در ساز و کارهای فعالیت جنسی، درد مفاصل، پیرچشمی، انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی، اختلالات بینایی، ضایعات اسکلتی-عضلانی، عدم تعادل در راه رفتن، کاهش بافت استخوانی، پوکی استخوان و مصرف داروها و غیره به وجود می‌آید (کان، ۲۰۰۱). همچنین اختلالات افسردگی (تسیا، ماتمد و رگمونت، ۲۰۱۳)، اضطراب (فیفال، گتر، لیمپیکت، سرفنیا و ستواچرونیچ، ۲۰۱۳)، زوال عقل، استرس عصبی و اختلالات خواب (باهرت-کوهلر و همتر، ۲۰۱۳) نیز درصد زیادی از سالمندان را مبتلا می‌سازد. یک سوم مراجعان سرپایی سالمند به کلینیک‌های روان‌شناختی از اختلال روانی رنج می‌برند (فروغان، قائم‌مقام‌فراهانی و علی‌اکبری‌کامرانی، ۲۰۰۷) و اختلالات افسردگی، شناختی و اضطرابی به ترتیب شایع‌ترین اختلال‌های روانی به شمار می‌آید. بنابراین، تأمین سلامت عمومی سالمندان از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد.

با توجه به مطالب مطرح شده و به منظور کمک به سالمندان برای مقابله با چالش‌های این دوره و افزایش سازگاری اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و بهبود سلامت عمومی، خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی بسیار ضروری است. این خدمات طیفی از درمان‌های فردی و گروهی را شامل می‌شود. معنادرمانی<sup>۱</sup> از روش‌های درمانی مؤثر است که در قالب کار گروهی امکان‌پذیر است. معنادرمانی که به وسیله‌ی پاره‌ای از نویسندگان، مکتب سوم روان‌درمانی وین نیز خوانده شده است، بر معنی هستی انسان و جستجوی او برای رسیدن به این معنی تأکید دارد. بنا بر اصول معنادرمانی، تلاش برای یافتن معنی در زندگی، اساسی‌ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی اوست (فرانکل، ۲۰۰۴/۱۳۹۱). این احساس معنا در راستای سه نوع ارزش حاصل می‌گردد که عبارت از (۱) ارزش‌های خلاق، آنچه که فرد به جهان می‌دهد، (۲) ارزش‌های تجربی، آنچه که فرد از جهان دریافت می‌کند، و (۳) ارزش‌های نگرشی، توانایی تغییر نگرش انسان نسبت به شرایط غیر قابل تغییر (اسپینگ، ۲۰۱۳) هستند. زندگی از نگاه معنادرمانی تحت هر شرایطی معنادار است، افراد با

<sup>۱</sup> logo therapy

مقیاس (سازگاری خانوادگی، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی) می‌باشد. هر خرده مقیاس ۳۲ پرسش را به خود اختصاص داده است. پاسخگویی به سؤالات به صورت بله، خیر و نمی‌دانم است (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). در مطالعه حاضر از خرده‌مقیاس ۳۲ سؤالی سازگاری اجتماعی استفاده شد. نمره بالا در این مقیاس نشانه دوری و کناره‌گیری از تماس اجتماعی است. بل (۱۹۶۲) ضریب پایایی برای خرده مقیاس سازگاری اجتماعی ۰/۸۸ گزارش کرده است. یزدانبخش (۱۳۹۴) پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و در حیطه سازگاری هیجانی، تندرستی، اجتماعی، خانوادگی، عاطفی و کل به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۱، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ بدست آورد. در این مطالعه پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

**پرسشنامه احساس تنهایی.** پرسشنامه احساس تنهایی توسط راسل، پیلوا و کورتونا در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ سؤال و به صورت ۴ گزینه‌ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت است. برای نمره‌گذاری از روش لیکرت استفاده شد، بر اساس اینکه سؤالات پرسشنامه ۴ گزینه‌ای است به هر سؤال نمره ۱ تا ۴ تعلق می‌گرفت. از دو دهه پیش اکثر تحقیقات بر اساس این آزمون، نشان دهنده قدرت تشخیص بوده است. دامنه نمرات بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است؛ بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت احساس تنهایی است. پایایی این آزمون در نسخه‌ی جدید تجدیدنظر شده ۰/۷۸ گزارش شده است (راسل، پیلوا و فرگوسن، ۱۹۸۸). در پژوهش سودانی و همکاران (۱۳۹۱) به منظور تعیین اعتبار مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین زنجبران و همکاران (۱۳۹۴) آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر پایایی پرسش‌نامه فوق به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

**پرسشنامه سلامت عمومی.** این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلد در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است که سؤالات مربوط به چهار بعد علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی را ارزیابی می‌کند که هر حیطه از ۷ سؤال و کل پرسشنامه از ۲۸ سؤال تشکیل شده است (گلدبرگ و

گروهی بر کاهش احساس تنهایی سالمندان مؤثر است و (۳) آموزش معادرمانی گروهی بر افزایش سلامت عمومی سالمندان مؤثر است.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی سالمندان ۸۰-۶۰ سال ساکن سراهای سالمندان شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۷ مورد بررسی قرار گرفتند. در زمینه اهداف پژوهش ۳۰ نفر از سالمندان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از (۱) تمایل شرکت‌کنندگان، (۲) دامنه سنی ۸۰-۶۰ سال، (۳) کسب نمره ۱۶ و بالاتر در پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی، کسب نمره ۵۰ و بالاتر در پرسش‌نامه احساس تنهایی و کسب نمره ۲۳ و بالاتر در پرسش‌نامه سلامت عمومی (۴) تکمیل و امضای فرم رضایت‌نامه پس از آگاهی از اجرای جزئیات مطالعه، (۵) داشتن سواد خواندن و نوشتن و (۶) نداشتن هیچ بیماری روان‌شناختی و جسمی (از طریق مصاحبه با کارکنان آسایشگاه) که در اجرای آزمون تداخل ایجاد کند، بودند و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل (۱) تشخیص ضعف شدید حافظه در میانه مطالعه (۲) خستگی آنان از اجرای آزمون، (۳) غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات تمرین و (۴) عدم رضایت برای ادامه مطالعه می‌شدند. یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش حاضر نشان داد تعداد ۹ نفر از افراد گروه آزمایش معادل (۰/۶) زن و تعداد ۶ نفر معادل (۰/۴) مرد بودند. در گروه کنترل تعداد ۸ نفر معادل (۵۳/۳۳) زن و تعداد ۷ نفر معادل (۶۷/۴۶) مرد بودند. همچنین نتایج نشان داد میانگین سنی گروه آزمایش ۷۱/۸ (میانگین سنی زنان ۷۱ و میانگین سنی مردان ۷۴) و میانگین سنی گروه کنترل ۷۴/۰۶ (میانگین سنی زنان ۷۵ و میانگین سنی مردان ۷۲) بود.

### ابزار

**پرسشنامه سازگاری اجتماعی.** این پرسشنامه توسط بل (۱۹۶۲) تدوین شده است. بل در زمینه‌ی سازگاری دو پرسشنامه ارائه کرده است که یکی مربوط به دانش‌آموزان و دانشجویان و دیگری مربوط به بزرگسالان (نوع اجرا شده) است. این پرسشنامه دارای ۱۶۰ گویه و پنج خرده

۰/۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمد. پروتکل درمانی متمرکز بر معنا. پروتکل معنادرمانی گروهی در پژوهش حاضر، مبتنی بر نظریه‌ی معنادرمانی (فرانکل، ۲۰۰۴/۱۳۹۱) می‌باشد. لازم به ذکر است که این پروتکل درمانی در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته و با جامعه و نمونه ایرانی سنخیت کامل دارد. از موارد مطرح‌شده در جلسه اول، برقراری ارتباط، توضیح درباره ماهیت معنادرمانی و مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر معنا بود. هدف جلسات بعدی، شناخت ارزش‌ها و افزایش توانایی مقابله با ناکامی و خلأ وجودی، مقابله با اضطراب و ایجاد تجربه‌ی والا و تحمل درد بود. در جلسه آخر به جمع‌بندی نکات مطرح‌شده جلسات قبلی و مروری بر مهارت‌های ارائه شده پرداخته شد. مراحل درمان متمرکز بر معنا به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

ویلیامز، ۱۹۸۸). برای نمره‌گذاری از روش لیکرت استفاده شد، بر اساس اینکه سؤالات پرسشنامه ۴ گزینه‌ای است به هر سؤال نمره صفر تا ۳ تعلق می‌گرفت؛ پس حداقل و حداکثر نمره برای هر حیطه صفر تا ۲۱، و برای کل سؤالات به ترتیب صفر و ۸۴ بود. برای تعیین وضعیت عمومی سالمندان نقطه برش ۲۳ (نقطه برش توصیه شده در مقالات مشابه) منظور شد (مقصودی، تبریزی و حقدوست، ۲۰۱۴). نمره بالاتر از ۲۳ در کل آزمون نشان دهنده اختلال روانی بوده و کوچکتر یا مساوی ۲۳ بیانگر سلامت روانی است. در هر چهار حیطه پرسشنامه از نقطه برش شش استفاده شده است. بدین صورت که نمرات ۶ و کمتر نشان دهنده وضعیت طبیعی و نمرات بالاتر از آن بیانگر اختلال در حیطه مورد بررسی می‌باشد. پورشریفی و فرهنگ‌نژاد (۱۳۹۴) ضرایب پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴، تنصیف ۰/۸۶ و بازآزمایی

## جدول ۱

شرح مختصر جلسات معنادرمانی (فرانکل، ۲۰۰۴/۱۳۹۱)

جلسه	شرح محتوای جلسات	تکلیف
اول	آشنایی مشاور و اعضای گروه با یکدیگر، تعیین اهداف و قوانین، توضیح مختصر از معنادرمانی فرانکل و شرح مفهوم معنا در زندگی	تهیه فهرستی از رخدادهای معنی‌ساز در زندگی
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل و پیگیری یافتن معنا از حوادث و رخدادهای رنج‌آور زندگی. ایجاد آمادگی برای در نظر گرفتن سالمندی به عنوان یک رخداد معنی‌ساز در زندگی	تهیه فهرستی از دگرگونی‌های مثبت و منفی سالمندی
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل و آموزش سه منبع معنا در رویکرد فرانکل شامل: ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی و تشریح آنها با استفاده از مثال‌هایی در زندگی شرکت‌کنندگان	یافتن مصادیقی از این سه معنا در زندگی روزمره
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه پیشنهاداتی در مورد عملی ساختن مصادیق معنا. بحث راجع به آزادی، مسئولیت‌پذیری و قدرت اراده. برجسته نمودن مفاهیم مذکور با هدف اتخاذ دیدگاهی مناسب نسبت به همه شرایط زندگی	تهیه فهرستی از شرایط کلی زندگی که موجب نگرانی و اضطراب نزد شرکت‌کنندگان شده است
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل. آموزش فن قدرت تلقین مبتنی بر معنویت و شرح فن فراخوانی؛ به‌کارگیری اصول آموزش داده شده در حوزه‌های استخراج شاخصه‌های معنویت در شرکت‌کنندگان و ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به شرایط اضطراب‌زا	استفاده از فن فراخوانی در حوزه‌های اضطراب‌زا و رنج‌آور زندگی
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل. شرح سایر فنون در رویکرد فرانکل مانند قصد متناقض، اصلاح نگرش و بازتاب‌زدایی	به‌کارگیری فنون مذکور در برابر مشکلات زندگی
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل. بحث راجع به اهداف و برنامه‌ها در زندگی سالمندان در راستای کسب نگرش جدید نسبت به سالمندی، اولویت‌بندی اهداف و ارائه راه‌حلی به منظور برطرف نمودن برخی موانع قابل رفع	دسته‌بندی و خلاصه کردن دستاوردها و آموخته‌ها در طول جلسات آموزش
هشتم	بیان گروه از دستاوردهایشان، جمع‌بندی و ارائه خلاصه مطالب هر جلسه	اختتام جلسات گروهی



### روش اجرا

جهت اجرای پژوهش پس از کسب مجوزها و موافقت‌های لازم برای کار در شهر تهران، مراحل ابتدایی انجام پژوهش آغاز شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سالمندان ۶۰-۸۰ سال ساکن در سرای سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه در سالمندان، پرسشنامه‌های سازگاری اجتماعی، احساس تنهایی و سلامت عمومی بر روی ۵۰ نفر از آنها اجرا گردید. در نهایت ۳۰ نفر از سالمندانی که نمره بالاتر از نقطه برش در سه پرسش‌نامه کسب کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند. پژوهش حاضر زیر نظر پژوهشگر (کارشناس ارشد روان‌شناسی) انجام گردید. گروه آزمایش تحت مداخله معنادرمانی گروهی فرانکل (۲۰۰۴/۱۳۹۱) بر مبنای عناوین و اهداف جلسات معنادرمانی قرار گرفت که این دوره طی ۸ جلسه، هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد در حالی که گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت

نکردند. در پایان جلسات، یک بار دیگر پس‌آزمون بر روی گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا گردید. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اعلام گردید که برای حضور در پژوهش اختیار تام داشته و در صورت تمایل نتایج آزمون در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. در نهایت جهت بررسی و تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات خام بدست آمده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی جهت محاسبه میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در بخش آمار استنباطی جهت بررسی طبیعی بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره در سطح اطمینان ۰/۹۵ استفاده شد. کلیه محاسبات در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات سازگاری اجتماعی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
سازگاری اجتماعی	۱/۳۵ ± ۱۸/۴۶	۱/۸۴ ± ۱۴/۶۰	۲/۱۹ ± ۱۶/۶۰	۱/۸۳ ± ۱۵/۰۶
احساس تنهایی	۳/۸۲ ± ۵۳/۸۰	۱/۶۳ ± ۴۰/۴۰	۳/۰۱ ± ۳۸/۲۶	۱/۹۲ ± ۴۰/۴۶
علائم جسمانی	۱/۹۲ ± ۱۸/۱۳	۲/۴۹ ± ۱۱/۳۳	۱/۷۲ ± ۱۶/۳۳	۱/۵۰ ± ۱۶/۴۶
علائم اضطرابی و اختلال خواب	۱/۴۹ ± ۱۷/۶۶	۲/۵۸ ± ۱۰/۴۶	۱/۷۲ ± ۱۶/۸۶	۱/۷۵ ± ۱۶/۹۳
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱/۹۵ ± ۱۶/۴۶	۲/۲۸ ± ۹/۷۳	۳/۲۹ ± ۱۵/۴۰	۳/۰۴ ± ۱۵/۰۰
علائم افسردگی	۲/۲۷ ± ۱۶/۸۰	۲/۱۸ ± ۱۰/۹۳	۲/۹۲ ± ۱۴/۱۳	۳/۱۸ ± ۱۴/۴۰
سلامت عمومی	۴/۳۵ ± ۶۹/۰۶	۳/۷۲ ± ۴۲/۴۶	۶/۶۴ ± ۶۳/۰۶	۷/۲۱ ± ۶۲/۸۰

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای سازگاری اجتماعی، احساس تنهایی و سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن را در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. در واقع در این مقیاس‌ها کسب نمره کمتر، نشان دهنده سازگاری اجتماعی بیشتر، احساس تنهایی کمتر و سلامت عمومی بیشتر است. جهت آزمون فرضیه‌های این

پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) به منظور بررسی اثربخشی مداخله استفاده شد. در این راستا قبل از تحلیل کوواریانس مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان داد که در متغیر سازگاری اجتماعی ( $Z=۰/۹۴$ ،  $P>۰/۰۵$ )، احساس تنهایی ( $Z=۰/۸۹$ ،  $P>۰/۰۵$ ) و سلامت عمومی ( $Z=۰/۹۰$ )،  $P>۰/۰۵$  سطح معنی‌داری بدست آمده بزرگتر از  $۰/۰۵$

و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم بود ( $P > 0.05$ ). همچنین تعاملی غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کوواریت‌ها) مشاهده شد. بر این اساس برای اطمینان از وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه کنترل و آزمایش و اندازه‌گیری تأثیر مداخله، تحلیل کواریانس چندمتغیری اجرا گردید. نتایج حاصل از آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که مقدار  $F$  برابر  $55/16$  و در سطح  $P \leq 0.01$ ، از لحاظ آماری معنی‌دار است. یعنی بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین مجذور اتا  $0.87$  به دست آمد و این بدان معنا است که ۸۷ درصد واریانس نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته مربوط به عضویت گروهی بوده است. توان آماری یک نیز بیانگر میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌ها بوده است. جدول ۳ تفاوت دو گروه در نمرات سازگاری اجتماعی، احساس تنهایی و سلامت عمومی را با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد.

است بنابراین نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. برای بررسی همگنی واریانس دو گروه از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در متغیر سازگاری اجتماعی ( $F=1/86$ )، احساس تنهایی ( $P > 0.05$ )، احساس عمومی ( $F=5/87$ )، سطح معنی‌داری ( $P > 0.01$ ) و بدست آمده بیشتر از میزان  $0.05$  است و همگنی واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. مفروضه دیگر تحلیل کواریانس این است که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. لازم به توضیح است که در این فرضیه پس‌آزمون‌های سازگاری اجتماعی، احساس تنهایی و سلامت عمومی به عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌های آنها به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد. در این پژوهش، میان متغیرهای کمکی

### جدول ۳

تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری اجتماعی، احساس تنهایی و سلامت عمومی با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
سازگاری اجتماعی	۱۰۰/۹۵۶	۱	۱۰۰/۹۵۶	۳۶/۵۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۴	۰/۸۵
احساس تنهایی	۶۵۴/۶۱۶	۱	۶۵۴/۶۱۶	۷۰/۳۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸	۰/۸۹
سلامت عمومی	۲۴۳۶/۸۲۵	۱	۲۴۳۶/۸۲۵	۸۸/۷۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸۰	۰/۹۹

از آموزش معنادرمانی است. توان آماری نیز  $0.89$  می‌باشد. همچنین با نتایجی که برای سلامت عمومی با تفاوت میزان سلامت عمومی بین گروه‌های مورد پژوهش معنادار است؛ به این معنی که میزان سلامت عمومی به طور معناداری در گروه آزمایش بهبود یافته است. بر اساس میزان تأثیر یا تفاوت (مجذور اتا)،  $0.78$  درصد از تغییرات در واریانس نمرات سلامت عمومی ناشی از آموزش معناداری است. توان آماری نیز  $0.99$  می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی فرانکل بر سازگاری اجتماعی، احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان انجام شد. طبق یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای سازگاری اجتماعی با ( $P \leq 0.01$ )،  $F=36/51$ ) به دست آمد می‌توان گفت که تفاوت میزان سازگاری اجتماعی بین گروه‌های مورد پژوهش معنادار است؛ به این معنی که میزان سازگاری اجتماعی به طور معناداری در گروه آزمایش بهبود یافته است. بر اساس میزان تأثیر یا تفاوت (مجذور اتا)،  $0.59$  درصد از تغییرات در واریانس نمرات سازگاری اجتماعی ناشی از آموزش معنادرمانی است. توان آماری نیز  $0.85$  می‌باشد. با نتایجی که برای احساس تنهایی با ( $P \leq 0.01$ )،  $F=70/391$ ) به دست آمد می‌توان گفت که تفاوت میزان احساس تنهایی بین گروه‌های مورد پژوهش معنادار است؛ به این معنی که میزان احساس تنهایی به طور معناداری در گروه آزمایش کاهش یافته است. بر اساس میزان تأثیر یا تفاوت (مجذور اتا)،  $0.73$  درصد از تغییرات در واریانس نمرات کاهش احساس تنهایی ناشی

سالمندان گروه آزمایش و گواه از لحاظ سازگاری اجتماعی، احساس تنهایی و سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه آموزش معنادرمانی گروهی بر افزایش سازگاری سالمندان مؤثر است تأیید شد. نتایج بدست آمده از فرضیه اول با نتایج مطالعات کنعانی و گودرزی (۱۳۹۵) و گل محمدیان و همکاران (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تغییرات دوران سالمندی تأثیرات عمیقی بر زندگی و بهداشت روانی سالمندان دارد. اگر شخصیت فرد انعطاف‌پذیر باشد، بیشتر توانایی سازگاری با این تغییرات را خواهد داشت، اما اگر سالمند این تغییرات را در جهت منفی ادراک کند، میزان انعطاف‌پذیری و سازگاری او کمتر می‌شود (واندن‌بنک، ۱۹۸۹؛ به نقل از تقی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۶). سازگاری امری نسبی است و انسان‌ها با درجات مختلفی به آن دست می‌یابند. افراد دارای سازگاری اجتماعی پایین، مشکلات زیادی در ارتباط کلامی با دیگران، برنامه‌ریزی در زندگی، مراقبت از خویشان، انجام امور روزانه و غیره دارند (شولس-بالوگ، همفیل، ایوانز-ویپ، تومبرو و پاتون، ۲۰۱۶). زمانی که افراد با این وضعیت روبرو می‌شوند که زندگی به خودی خود معنایی ندارد، باید معنایی در زندگی خودشان خلق کنند، نگرشی تازه به دست آورند و با نگاه مثبت‌تری به زندگی خود بنگرند (گل محمدیان و همکاران، ۱۳۹۶). معنادرمانی با ایجاد معنا در زندگی، به سازگاری سالمندان، رضایت از زندگی و احساس خوب روان‌شناختی در آنان منجر می‌شود. به بیان دیگر، معنادرمانی گروهی می‌تواند به سالمندان کمک کند تا با یافتن معنا در زندگی و حمایت‌هایی که در گروه دریافت می‌کنند، با اندوه، ناامیدی و بیماری‌ها سازگار شوند (مارتینی، سیلوا، نتو و ناردی، ۲۰۱۱). لازاروس و لازاروس (۲۰۰۶) معتقدند که دنیای سالمندان با دنیای کودکان و بزرگسالان متفاوت می‌باشد و سطح توقع و انتظاراتی که در آن زمان مطرح بوده‌اند اکنون مناسب نیستند. معنادرمانی می‌تواند در فعال بودن، سازگاری سالمندان و کمک به آنها در انتخاب و ایجاد زمینه‌های شخصی مناسب و انجام مسئولیت‌های روزمره و کاهش احساس پوچی و درماندگی اثربخش و کارآمد باشد.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه آموزش معنادرمانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی سالمندان مؤثر است نیز

تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با نتایج پژوهش‌های سودانی و همکاران (۱۳۹۱) و زنجبران و همکاران (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های ذکر شده در تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی سالمندان می‌توان چنین گفت که فرایند پیری باعث می‌شود که به تدریج عملکرد فرد کاهش یافته و با از دست دادن برخی از سرگرمی‌ها و علایق فردی انزوا و احساس تنهایی در سالمندان تشدید شود. همچنین احساس درونی ناخوشایند فرسودگی و خستگی که اغلب با غم و اندوه همراه می‌شود و کاهش توجه و فاصله گرفتن از دیگران به دلیل درگیر شدن اطرافیان در مسائل شخصی و شغلی حس تنهایی را تشدید می‌کند (شمسائی، چراغی، اسمعیلی و محسنی‌فرد، ۱۳۹۳). معنادرمانی گروهی فرصتی برای حمایت متقابل و کمک به سالمند برای مدارا کردن با استرس و منابع کاهنده زندگی است (فخار و همکاران، ۱۳۸۷). بر این اساس معنادرمانی گروهی می‌تواند به افراد مسن کمک کند تا معنایی در زندگی خود بیابند و در پناه حمایت‌های اجتماعی به‌دست آمده با غم و اندوه، کمبودها و بیماری‌های مزمن سازگار شوند (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۸). معنادرمانی با چهار پیام به انسان‌ها کمک می‌کند که عبارت از (۱) انسان‌ها معنوی هستند (این بعد، قدرت مبارزه‌جویی روح انسان‌ها را فعال نموده، موجب غلبه آنان بر موقعیت‌های جاری زندگی می‌شود و تغییر مطلوبی را که شفاف‌بخش و زندگی‌بخش است، ایجاد می‌نماید)، (۲) افراد منحصر به فرد هستند (یعنی همیشه، موقعیت‌هایی هست که در روابط بین‌فردی، خلاقیت و امثال آن یکتایی خود را تجربه کنند)، (۳) انسان‌ها، خودتعالی‌بخشی را تمرین می‌کنند (از رهگذر متعالی کردن محدودیت‌های پیشین، تقلایی به سوی هدف و تعامل با سایر موجودات انسانی را آغاز می‌کنند و از این طریق معنای زندگی خود را تحقق می‌بخشند) و (۴) انسان‌ها می‌توانند نگرش خود را تغییر دهند (هنگامی که با رنج‌گریزناپذیر مواجه می‌شوند و قادر به تغییر دادن موقعیت نیستند، قادرند زاویه دید خود را تغییر دهند) می‌باشند. انسان‌ها در اتخاذ موضع نسبت به موقعیت تغییرناپذیر، آزادند؛ یعنی شجاعانه طرز تلقی و برخورد با موقعیت را بر موقعیت تحمیل می‌کنند (شولای، ۲۰۰۲). نتایج مطالعات زنجبران و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان می‌دهد که سالمندانی که آموزش معنادرمانی را دریافت کردند، توانستند معنای مناسبی در زندگی بیابند.



واکنش خویش را آزادانه برای موقعیت‌های پیش‌رو انتخاب کنند و مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. آنها متوجه شدند که رنج دوری از فرزندان و طردشدن از سوی آنها، غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی اجتناب‌ناپذیر است و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت شیوه نگرش و طرز برخوردشان با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند. با معنا دادن به دردها و رنج‌ها بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذرا بودن زندگی، وقت عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی و نه کمیت آن کنند و با نگاهی خوش‌بینانه به آینده، تعیین اهداف، ارزش‌ها و طرح‌ریزی برنامه‌های جدید در زندگی جرأت روبه‌رو شدن صادقانه و حقیقی با زندگی را پیدا کنند.

همچنین فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه آموزش معنادرمانی گروهی بر افزایش سلامت عمومی سالمندان مؤثر است نیز تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با نتایج پژوهش‌های فخار و همکاران (۱۳۸۷)، اصغری و همکاران (۱۳۹۱)، کلفتاراس و پسارا (۲۰۱۲) و تارا و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد. کلفتاراس و پسارا (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند شرکت‌کنندگانی که زندگی برای آنان معنای بیشتری دارد، علائم افسردگی در آنان کمتر و سلامت روان در آنان بیشتر است و بین معنای زندگی و سلامت روان نیز رابطه معناداری وجود دارد. یافته‌های پژوهش زنجبران و همکاران (۱۳۹۴) نیز حاکی از این است که آموزش گروهی معناداری کیفیت زندگی و سلامت عمومی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه را افزایش می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نبود سلامتی برای افراد سالمند به عنوان بزرگترین تهدیدکننده خوشبختی در نظر گرفته می‌شود حتی بزرگتر و ترسناک‌تر از مرگ. آنچه مسلم است فرد سالمند انتظار دارد تا آخر عمر، سال‌های زندگی عمر خود را در آرامش و رضایت خاطر بگذراند و شاید بتوان گفت داشتن سلامتی اولین و مهم‌ترین عامل مؤثر در رضایت‌مندی سالمندان از زندگی خود است. ابعاد سلامت عمومی مقوله‌هایی هستند که بیشتر جنبه‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (فردی‌نژاد و احدی، ۱۳۹۲). شکل ماشینی زندگی کنونی، آپارتمان‌نشینی و فضای کوچک منازل، کاهش تعداد فرزندان، مهاجرت فرزندان به سایر کشورها و دور شدن آنان به هر شکل از والدین، باعث شده که سالمندان دچار معضلات و مشکلاتی از جمله تنهایی، افسردگی، اضطراب و در نهایت

بیماری‌های جسمی و روانی شوند. بنابراین مسلم است که تغییر ذهنیت و نگرش منفی سالمندان و قضاوت صحیح و منطقی آنان در این مورد می‌تواند آغازی برای حل این مشکل باشد (رستگارپور، ۱۳۷۶). با توجه به اینکه حالات روان‌شناختی و فشارهای روانی می‌تواند بر بیماری‌های جسمی آنان تأثیر بگذارد و رشد آن را سریع‌تر کند، معنادرمانی گروهی می‌تواند آرام روانی سالمندان را تسکین دهد. معنادرمانی به سالمندان کمک می‌کند که تا با وجود ناامیدی، بر از دست‌رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند؛ در نتیجه، زندگی از نگاه معناداری تحت هر شرایطی معنادار است. آنچه که در معنادرمانی درخور توجه و حائز اهمیت است، گواه بودن بر توانایی بالقوه و منحصر به فرد انسان به بهترین نحوه آن است که می‌تواند شکست را به پیروزی مبدل سازد و موقعیت ناگوار را به موقعیت انسانی تغییر دهد. هنگامی که قادر نیستیم وضعیتی را تغییر دهیم، برای مثال در مواجهه با بیماری درمان‌ناپذیر یا سرطان یا شرایط سالمندی، باید بکوشیم خود را تغییر دهیم. در واقع معنادرمانی نه تنها با دربرگیری آرمان‌های متعالی انسان مفهوم بشر را گسترش می‌دهد، بلکه چشم‌های بیمار را نیز بر توانایی‌هایش برای تغذیه رشد معنایی می‌گشاید (صفاری‌نیا و درتاج، ۱۳۹۶).

نتایج این مطالعه و پیشینه پژوهش مبین اثربخشی معنادرمانی گروهی در افزایش سازگاری اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و افزایش سلامت عمومی سالمندان بود. بنابراین، برای غنا بخشیدن به زندگی سالمندان در راستای اینکه مراحل نهایی زندگی خود را با سلامت بیشتر و کارکردهای روانی و اجتماعی بهینه طی کنند، برنامه‌های آموزشی معنادرمانی گروهی می‌تواند مؤثر واقع شوند. همچنین انجام پژوهش‌های مشابه روی گروه سنی میانسال و بزرگسال به منظور مقایسه نتایج و پی‌بردن به نقش سن، انجام پژوهش‌های بیشتر در سالمندان به دلیل افزایش جمعیت سالمندی در کشور و انجام پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی روش معنادرمانی گروهی روی دیگر سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا پیشنهاد می‌شود. در پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت‌ها و موانعی مانند مختص بودن نمونه به سالمندان ساکن آسایشگاه‌های شهر تهران، مقطعی بودن مطالعه، کوتاهی جلسات درمانی و کمبود امکانات آموزشی، خودگزارشی بودن پرسش‌نامه‌های پژوهش و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس که از تعمیم نتایج پژوهش می‌کاهد اشاره کرد.

## سیاس‌گذاری

در نهایت، پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری داده‌اند نهایت سپاس‌گزاری را داشته باشند.

## منابع

- اسلامی‌نسب، ع. (۱۳۸۹). *روان‌شناسی سازگاری*. تهران: بنیاد.
- اصغری، ن.، علی‌اکبری، م.، و دادخواه، ا. (۱۳۹۱). معنادرمانی گروهی به عنوان روش توانبخشی کاهش افسردگی زنان سالمند. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱(۲)، ۳۸-۳۱.
- امانی، ر.، اعتمادی، ع.، فاتحی‌زاده، م.، و بهرامی، ف. (۱۳۹۱). رابطه میان سبک‌های دلبستگی و سازگاری اجتماعی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۶)، ۲۶-۱۵.
- پورشریفی، ح.، و فرهنگ‌ناب، م. (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با سلامت عمومی ساکنان سرای سالمندان. *فصلنامه روان‌شناسی پیری*، ۱(۱)، ۳۹-۳۱.
- تارا، ف.، بهاری‌پور، ف.، و حمیدی‌پور، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر میزان امید و سلامت عمومی بیماران دیالیزی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳(۲)، ۲۹۹-۲۸۸.
- تقوایی‌نیا، ع.، و دلاوری‌زاده، س. (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان بازنشسته سالمند. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۲۴-۱۱۵.
- تقی‌نژاد، ز.، اقلیما، م.، عرشی، م.، و پورحسین‌هندآباد، پ. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مددکاری گروهی با شیوه آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری اجتماعی. *توانبخشی*، ۱۱(۳)، ۲۴۰-۲۳۱.
- شمسائی، ف.، چراغی، ف.، اسمعیلی، ر.، و محسنی‌فرد، ج. (۱۳۹۳). تبیین احساس تنهایی در سالمندان و تحلیل آن بر اساس تئوری رشد روانی-اجتماعی: یک مطالعه کیفی. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۱(۲)، ۳۸-۳۰.
- رستگارپور، س. (۱۳۷۶). بررسی برنامه خدمات سلامت سالمندان شهر تهران (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد چالوس.
- زنجبران، ش.، کیانی، ل.، زارع، م.، و شایقیان، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۱۶)، ۶۷-۶۰.
- سودانی، م.، شجاعیان، م.، و نیسی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. *نشریه پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۲(۳)، ۵۴-۴۳.
- فتحی‌آشتیانی، ع.، و داستانی، م. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان-شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: بعثت.
- فخار، ف.، نوابی‌نژاد، ش.، و فروغان، م. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. *مجله سالمندی ایران*، ۳(۷)، ۶۵-۵۶.
- فرانکل، و. (۱۳۹۱). انسان در جستجوی معنی (ترجمه ن. صالحیان و م. میلانی). تهران: انتشارات درس. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).
- فردی‌نژاد، ز.، و احدی، ح. (۱۳۹۲). رابطه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با رضایت از زندگی در سالمندان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۵(۱۵)، ۱۰۰-۸۷.
- قربانعلی‌پور، م.، و اسماعیلی، ع. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فرهنگ مشاوره*، ۳(۹)، ۶۸-۵۳.
- صفاری‌نیا، م.، و درتاج، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و بهزیستی روانی و اجتماعی سالمندان زن ساکن آسایشگاه‌های شهر دبی. *فصلنامه سالمند*، ۱۲(۴)، ۴۹۲-۴۸۵.
- کنعانی، ک.، و گودرزی، م.ع. (۱۳۹۵). تأثیر معنادرمانی اسلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری مادران کودکان عقب‌مانده. *سلامت جامعه*، ۱(۱)، ۶۲-۵۳.
- گل‌محمدیان، م.، نظری، ح.، و پروانه، آ. (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و سازگاری اجتماعی سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۳)، ۱۷۵-۱۶۷.
- مرادی، ا.، و شریعتمدار، آ. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی اضطراب مرگ و احساس تنهایی در سالمندان با جهت‌گیری زندگی خوشبینانه و بدبینانه. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۴۱-۱۳۳.
- نوابی‌نژاد، ف. (۱۳۸۸). *راهنمایی و مشاوره گروهی*. تهران: سمت.
- یزدانی‌بخش، ک. (۱۳۹۴). اثربخشی مرور زندگی بر افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته. *مجله روانشناسی پیری*، ۱(۳)، ۱۸۵-۱۷۹.
- Bährer-Kohler, S., & Hemmeter, U. (2013). Aspects of mental health care provision of the elderly in Switzerland. *Geriatric Mental Health Care*, 1(1), 11-19.
- Bell, H. M. (1962). *The adjustment inventory: adult form*. Palo Alto: Consulting Psychological Press.
- Christiansen, J., Larsen, F. B., & Lasgaard, M. (2016). Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between

- loneliness and adverse health conditions among older people? *Social Science & Medicine*, 152, 80-86 .
- De Jong-Gierveld, J., Van Tilburg, T., & Friedman, H. S. (2016). Social isolation and loneliness. *Encyclopedia of mental health (second edition)*, 4(2), 175-178 .
- Esping, A. (2013). Autoethnography as Logotherapy: An Existential Analysis of Meaningful Social Science Inquiry. *Journal of Border Educational Research*, 9(1), 59-67.
- Foroghan M., Ghaemmaham Farahani, Z., & Aliakbari Kamrani, A. (2007). The frequency of mental disorders in outpatients of Pooya Clinic. *Iranian Journal of Ageing*, 1(2), 106-11.
- García-Alandete, J. (2015). Does Meaning in Life Predict Psychological Well-Being? *The European Journal of Counselling Psychology*, 3(2), 89-98.
- Goldberg, D., Williams, P. (1988). *General health questionnaire (GHQ)*. Swindon, Wiltshire, UK: NFER Nelson.
- Habibi, S., Nikpou, S., Sohbatazadeh, R., & Haghani, H. (2008). Quality of life in elderly people of west of Tehran. *Iran Journal of Nursing Research*, 2(6-7), 29-36.
- Hacihasanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 61-66 .
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology*, 28(3), 354 .
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging*, 25(1), 132-141.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2012). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology*, *Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 135-142.
- Julsing, J. E., Kromhout, D., Geleijnse, J. M., & Giltay, E. J. (2016). Loneliness and all-cause, cardiovascular, and noncardiovascular mortality in older men: the Zutphen Elderly Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(6), 475-484 .
- Kaisa, E., Sirpa, H., & Irma, N. (2016). Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? *International Journal of Gerontology*, 10(1), 43-45.
- Kim, J. S. (2001). A study on the health status and health promoting behavior of older adults in a rural area. *Journal of Korean Community Nursing*, 12(1), 187-201 .
- Klefaras G, Psarra E. (2012). Meaning in Life, Psychological Well-Being and Depressive Symptomatology: A Comparative Study, 3(4), 337-345.
- Kun, L. G. (2001). Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics. *Computer methods and programs in biomedicine*, 64(3), 155-167 .
- Kwang, Y., Kim, E.S., Gu, M., & Eun, Y. (2003). A study on the health status and the needs of health-related services of Female elderly in an urban-rural combined city Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 17, 47-57 .
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*. New York, NY: Oxford University Press.
- Leibing, A., Guberman, N., & Wiles, J. (2016). Liminal homes: Older people, loss of capacities, and the present future of living spaces. *Journal of Aging Studies*, 37(2), 10-19 .
- Maghsoudi, A., Tabrizi, R., Haghdoost, A.A. (2014). The Study of General Health Status and Its Affecting Original Article Factors On Students of Kerman University of Medical Sciences in 2012. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*, 1(1), 59-67
- Martiny, C., e Silva, A. C. d. O., Neto, J. P. S., & Nardi, A. E. (2011). Factors associated with risk of suicide in patients with hemodialysis. *Comprehensive psychiatry*, 52(5), 465-468 .
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanan, A., Degenhardt, L., Borschmann, R., &

- Patton, G. C. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 636-645 .
- Ocampo, J. M. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41(3), 275-289.
- Organization, W. H. (2014). *Definition of an older or elderly person, health statistics and health information systems*.
- Phabphal, K., Geater, A., Limapichat, K., Sathirapanya, P., & Setthawatcharawanich, S. (2013). Risk factors of recurrent seizure, co-morbidities, and mortality in new onset seizure in elderly. *Seizure-European Journal of Epilepsy*, 22(7), 577-580 .
- Punia, S., & Sangwan, S. (2011). Emotional intelligence and social adaptation of school children. *Journal of Psychology*, 2(2), 83-87 .
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness scale: concurrent and discriminate, Validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychologist*, 39, 427-480.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1988). Developing a measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 42(3), 290-294 .
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 59-69 .
- Schooley, M. (2002). Humanistic group counseling. *Michigan Journal of Counseling and Development*, 18(1), 163-174.
- Scholes-Balog, K. E., Hemphill, S. A., Evans-Whipp, T. J., Toumbourou, J. W., & Patton, G. C. (2016). Developmental trajectories of adolescent cannabis use and their relationship to young adult social and behavioral adjustment: A longitudinal study of Australian youth. *Addictive Behaviors*, 53(2), 11-18.
- Shalinee, Y., & Shalini, A. (2014). Loneliness and Spiritual Well - Being among Elderly Having Psychological Disorders. *International Journal of Science and Research*, 3(6), 2289-2290.
- Tsai, F.-J., Motamed, S., & Rougemont, A. (2013). The protective effect of taking care of grandchildren on elders' mental health? Associations between changing patterns of intergenerational exchanges and the reduction of elders' loneliness and depression between 1993 and 2007 in Taiwan. *BMC Public Health*, 13(1), 567 .
- Yaylagul, N. K., & Seedsman, T. (2012). Ageing :The Common Denominator? *Journal of Population Ageing*, 5(4), 257-279 .
- Whelen, S.M., Heather, B., Michelle Feltz, R., & Whelen, M. (2016). Loneliness among People with Spinal Cord Injury: Exploring the Psychometric Properties of the 3-item Loneliness Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(10), 1728-1734.
- Zhou, G., Wang, Y., & Yu, X. (2016). Direct and Indirect Effects of Family Functioning on Loneliness of Elderly Chinese Individuals. *Current Psychology*, 37(1), 295-301.

