

The Effectiveness of Group Logotherapy on Resiliency, Depression and Quality of Life in Elderly

Frouzande Z¹, *Mami Sh², Amani O³

1- MSc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

2- Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
(Corresponding Author)

E-mail: Shahram.Mami@yahoo.com

3- PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Received: 21 Feb 2020

Accepted: 10 March 2020

Abstract

Introduction: Aging is a biological process that is associated with many changes in the personal and family context and presents many challenges for individuals. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Frankl group logic therapy on resiliency, depression and quality of life in the elderly.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with pretest and posttest design. The statistical population of the study included all elderly men and women residing in Karaj nursing homes. The statistical population of the study included all elderly women and men in the elderly care centers of Karaj. The sample of the study was 30 of those who were selected through purposeful sampling and were divided into two groups (15 subjects) and control (15 people). The data were collected using the World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Conner and Davidson Resiliency Questionnaire and Beck Depression Inventory. Data were analyzed by descriptive methods (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate covariance analysis) using statistical software SPSS v.23 was analyzed and analyzed.

Results: Descriptive findings indicated that there were 8 female (53/3) and 7 male (46/6) in each experimental group. The mean age of the experimental group was 58/81 and in the control group was 59/14 Inferential data analysis also showed that group logotherapy had positive and significant effects on elderly resilience ($P < 0.05$) and decreased depression and increased quality of life in the experimental group at posttest ($P < 0.05$).

Conclusions: Considering these findings, group therapy can be used to increase the mental health of the elderly.

Keywords: Group Logotherapy, Quality of life, Resilience, Depression, Elderly.

اثر بخشی معادرمانی فرانکل به شیوه گروهی بر تاب آوری، افسردگی و کیفیت زندگی سالمندان

زهرا فروزنده^۱، *شهرام مامی^۲، امید امانی^۳

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

۲- استادیار روان‌شناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: Shahram.Mami@yahoo.com

۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۳

چکیده

مقدمه: سالمندی فرایندی زیستی است که با تغییرات فراوانی در بستر فردی و خانوادگی همراه بوده و چالش‌های متعددی را برای افراد به وجود می‌آورد. این مطالعه با هدف اثربخشی معادرمانی فرانکل به شیوه گروهی بر تاب آوری، افسردگی و کیفیت زندگی در سالمندان انجام گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان و مردان سالمند ساکن در مراکز نگهداری سالمندان شهر کرج بود. نمونه مورد مطالعه نیز تعداد ۳۰ از میان افراد حاضر در مراکز فوق بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در دو مقطع پیش و پس از مداخله گردآوری شده و با استفاده از روش‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره) و به کمک نرم افزار تحلیل داده SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های توصیفی بیانگر آن بود که در هر گروه آزمایش تعداد ۸ نفر زن (۵۳/۳) و ۷ نفر مرد (۴۶/۶) قرار داشتند که میانگین سنی بدست آمده از گروه آزمایش ۵۸/۸۱ و در گروه کنترل ۵۹/۱۴ بود. تحلیل استنباطی داده‌ها نیز نشان دهنده آن بود که معادرمانی گروهی اثرات مثبت و معنی‌داری بر تاب آوری سالمندان داشته ($P < 0/05$) و موجب کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی افراد حاضر در گروه آزمایش در مراحل پس از مداخله گردیده است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با استفاده از روش‌های گروهی، در دسترس و مبتنی بر شواهدی همچون معادرمانی می‌توان در راستای افزایش کیفیت زندگی سالمندان اقدام نمود.

کلیدواژه‌ها: معادرمانی تاب آوری، افسردگی، کیفیت زندگی، سالمندان.

مقدمه

و یا سن طولانی‌تری یاد می‌شود، فرد با تغییرات جسمی و روانی و دگرگونی‌هایی که بر افکار، احساسات، اعتقادات، ارزش‌ها و نگرش‌ها شخصیت تأثیر گذار است روبه‌رو می‌شود (۳). سالمندی پدیده‌ای است که با توسعه اجتماعی و صنعتی عصر حاضر دارای اهمیت بیشتری شده و در قرن اخیر و با توجه به پیشرفت‌های اجتماعی و اقتصادی، بهداشتی و درمانی هم از میزان مرگ و میر کاسته شده و هم بر طول عمر افراد افزوده شده است (۴). در نتیجه شمار بازنشستگان و سالمندان در کشورهای مختلف جهان افزایش

سالمندی فرایند زیستی است که تمام موجودات من جمله انسان را در بر گرفته و دارای تغییرات فیزیولوژیکی و روانی به همراه کنش‌ها و واکنش‌های متفاوت می‌باشد (۱). اصطلاحاتی مانند پیر، سالمند، سالخورده، کهنسال و مسن برای اشاره به کسانی که کار برده می‌شود که دارای ۶۰ سال و پایین‌تر از ۶۰ سال هستند (۲). در این دوران که از آن با عنوان عصر سوم زندگی، مرحله سوم، مرحله آخر تکامل

زهرا فروزنده و همکاران

در قرن اخیر شناخته شده و تشخیص آن در بزرگسالی، به عنوان یک مسأله نگران کننده برای سلامت عمومی رو به افزایش است. شیوع این بیماری ۵-۱۵٪ در جمعیت گزارش شده و بیش از ۷۵٪ موارد بستری را در بیمارستان‌های روانی را به خود اختصاص می‌دهد (۱۴)، این اختلال یک بیماری عود کننده با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار می‌باشد که از پیامدهای بلندمدت و شدید آن، می‌توان به آسیب دیدن روابط اجتماعی، شغلی و خانوادگی، سوء مصرف مواد و حتی خودکشی را نام برد (۱۵). با توجه به پیامدهای افسردگی و اثرات ابعاد کیفیت زندگی ضروری است که درمانی مؤثر و متناسب با فرهنگ هر جامعه صورت گیرد (۱۶).

از جمله درمان‌هایی که اثرات مثبت بسیاری را بر کارکردهای روانی بلاخص در دوران کهنسالی دارد می‌توان به معنادرمانی اشاره نمود. فرانکل بر این باور است که هنگامی که انسان با موقعیتی ناکام کننده روبه‌رو می‌شود، هنوز فرصت دیگری برای تحقق معنا دارد، او می‌تواند بالاترین ارزش را درک کند تا عمیق‌ترین معنا را کامل نماید (۱۷). فرانکل فرض می‌کند رنج بردن تنها زمانی معنادار است که موقعیت غیرقابل تغییر باشد. در زندگی شرایطی هست که غیرقابل تغییر بوده و در اینجا پیام معنادرمانی این است که "بار مسئولیت معنایی روی شانه شخص سنگینی می‌کند" در واقع اگر شخص به طور فعال مسئولیت‌هایش را جستجو کند، جایی برای ناامیدی نمی‌گذارد (۱۸، ۱۹). در همین راستا مطالعات چندی به بررسی اثربخشی معنادرمانی بر کارکردهای روانی سالمندان پرداخته و به این نتیجه دست یافتند که آموزش معنادرمانی در کاهش احساس تنهایی (۲۰)، اضطراب مرگ (۲۰)، افسردگی (۲۱، ۲۲)، افزایش امید به زندگی (۲۰، ۲۳، ۲۴)، بهزیستی روانی و کیفیت زندگی (۲۳)، تاب‌آوری (۲۵-۳۰) در بیماران دارای مشکلات جسمانی و روانی اثرات سودمندی را دارد.

امروزه با رشد و پیشرفت چشم‌گیر بشر در دانش پزشکی و افزایش میزان رفاه در جامعه، امید به زندگی نیز در جامعه انسانی افزایش یافته و تعداد افرادی که به دوران کهنسالی می‌رسند رشد بسیاری داشته است. با توجه به اینکه از مشخصه‌های دوره سالمندی گرایش به درون و افزایش معنویت است و ذکر این نکته که سالمندان در مرحله‌ای

یافته و سهم درخور توجهی در ترکیب جمعیتی کشورهای مختلف پیدا کرده و به همین صورت نیز نقش و اهمیت اجتماعی آنان در جامعه افزون‌تر از هر زمان دیگر شده است (۵).

از جمله متغیرهای مهمی که در زندگی سالمندی از اهمیت بسیاری برخوردار است، کیفیت زندگی می‌باشد (۶). نتیجه برخی پژوهش‌ها کیفیت زندگی را با رویکردی عینی تعریف کرده و موارد آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمی، شرایط شخصی، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی را با کیفیت زندگی معادل دانسته‌اند. در مقابل این رویکرد، رویکرد دیگری به نام رویکرد ذهنی وجود دارد که کیفیت زندگی را مترادف با رضایت فرد در نظر می‌گیرد و بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید دارد (۷). بین دو رویکرد عینی و ذهنی، رویکرد جدیدی به نام رویکرد کل‌نگر وجود دارد که نظریه‌پردازان آن معتقد هستند کیفیت زندگی، همانند خود زندگی، مفهومی پیچیده و چند بعدی است و در بررسی آن، هر دو مؤلفه عینی و ذهنی را مد نظر قرار می‌دهند (۸). این متغیر اثرات بسیاری را از مولفه‌های روانی و جسمانی پذیرفته و تعامل متقابلی را نیز با سلامت روان سالخوردگان دارد.

از متغیرهای مهم و مؤثر بر کیفیت زندگی در دوران سالمندی می‌توان تاب‌آوری را نام برد (۹، ۱۰). کانر و دیویدسون بر این باورند که تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک بوده و به نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (۱۱). با این که تاب‌آوری بیشتر با مفهوم مقابله و کنار آمدن ارتباط و شباهت دارد، اما بیشتر باعث گسترش قابل ملاحظه‌ای در هدف‌های فرد می‌شود. تاب‌آوری نه تنها عامل‌های محافظتی بالقوه‌ای مثل سعی در خودآگاهی در مقابل بیماری‌ها و مشکلات را مشخص می‌کند بلکه شامل ژنتیک، عصب‌شناسی، فاکتورهای رشدی، میان‌فردی، معنوی و ویژگی‌های شناختی غیر وابسته فشار روانی را هم شامل می‌شود (۱۲). همراستا با مباحث تاب‌آوری، عامل افسردگی نیز به عنوان یکی دیگر از عوامل مهم و مؤثر در دوره سالمندی اثرات به‌سزایی بر کیفیت زندگی داشته (۱۳) و به عنوان یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلالات

قرار دارند که مروری بر زندگی گذشته خویش می‌اندازند و خودشان را ناتوان برای جبران در آینده می‌بینند و احتمال نوعی آشفتگی روانی و کاهش در کیفیت زندگی آنها وجود دارد، نیاز به درمان‌های گروهی، در دسترس و مبتنی بر شواهد بیش از پیش احساس می‌گردد که بنابر مطالعات محقق، مطالعات کمی در این باب انجام گردیده و در فضای علمی منتشر شده بود. از این روی پژوهش حاضر با هدف اثربخشی معنادرمانی فرانکل به شیوه گروهی بر تاب آوری، افسردگی و کیفیت زندگی سالمندان انجام گردید.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان و مردان سالمند ساکن در مراکز نگهداری سالمندان شهر کرج بود. نمونه مورد مطالعه نیز از میان افراد حاضر در سه مرکز شبانه روزی (ماه منیر، خانه سبز و آسایش) بود که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شد. برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا با توجه به گستردگی حجم جامعه و مراجعه به پیشینه پژوهش، تعداد ۶۰ نفر جهت غربالگری اولیه از مراکز فوق که واقع در مهرشهر کرج بودند براساس معیارهای ورود (همچون: قرار داشتن در محدوده سنی ۵۰ تا ۷۰ سال، پر کردن فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، توانایی خواندن و نوشتن، توانایی شنیداری و گفتاری) و عدم ورود (همچون: عدم تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از گروه، مشکلات حرکتی و مشکلات امکان حضور در جلسات، ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن دیگر در زمان انجام مداخله و وجود مشکلات و بیماری‌های روانپزشکی براساس اطلاعات پرونده پزشکی) انتخاب شدند و به پرسشنامه تاب آوری، کیفیت زندگی و افسردگی پاسخ، سپس ۴۳ نفر از آزمودنی‌هایی که نمره کیفیت زندگی آنها پایین‌تر از نقطه برش ۸۰، نمره تاب آوری آنها پایین‌تر از نقطه برش ۶۱، و نمره افسردگی آنها بالاتر از نقطه برش ۱۸ بود انتخاب شده و از میان آنها تعداد ۳۰ نفر به طور تصادفی ساده انتخاب شده و به روش تخصیص تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. بدین صورت که در گام نخست دو گروه ۱۵ نفره از زنان و مردان سالمند انتخاب و در دو گروه قرار گرفته، سپس به

صورت تصادفی ساده یک گروه به عنوان گروه آزمایش و گروه دوم به عنوان گروه کنترل تعیین گردید. نمونه‌ها قبل از آغاز مداخله و پس از اتمام تمامی فرآیندهای مداخله با استفاده از آزمون‌های رفتاری شده و گروه کنترل نیز با فاصله زمانی مشابه مورد پس‌آزمون قرار گرفت. به منظور انجام مداخله در گروه آزمایش، ۱۰ جلسه (در هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) مداخله معنادرمانی گروهی براساس نظریه فرانکل و به صورت پیشرونده در تکالیف مختلف اجرا گردید. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز دربرگیرنده مواردی همچون (اطلاعات شخصی افراد به صورت کاملاً محرمانه حفظ گردید؛ هیچگونه هزینه‌ای برای شرکت در مطالعه از شرکت‌کنندگان دریافت نشد، از کلیه شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و به تمامی افراد شرکت‌کننده به عنوان گروه کنترل اطمینان خاطر داده شد که در صورت تمایل و اعلام آمادگی، برنامه درمانی اجرا شده بر روی گروه آزمایش در مورد آنها نیز به کار برده خواهد شد) بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) ساخته شده و دارای ۲۶ سؤال است که به ارزیابی ۴ دامنه (۱ سلامت جسمی ۲ سلامت روان شناختی ۳ روابط اجتماعی ۴ محیط اجتماعی افراد می‌پردازد. نمره ارائه شده برای هر سؤال در یک طیف لیکرت از ۱ تا ۵ قرار دارد. نتایج روان‌سنجی این مقیاس توسط گروه سازندگان که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام گردید نشان داده شد که ضریب پایایی پرسشنامه که از طریق آلفای کرونباخ بدست آمده بود برای چهار زیرمقیاس و نمره کل مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ می‌باشد (۳۱). استانداردسازی این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۳۲) بر روی ۱۱۶۷ نفر از آزمودنی‌ها انجام گردید و نتایج پژوهش بیانگر روایی و پایایی مناسب جهت سنجش کیفیت زندگی بود به طوری که پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد. در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۶ بدست آمد که بیانگر پایایی خوب پرسشنامه می‌باشد.

پرسشنامه تاب آوری (CD-RISI): این پرسشنامه توسط کانر و داویدسون (۳۳) و با مطالعه بر روی جمعیت عمومی

زهرا فروزنده و همکاران

آن‌ها نمره داده می‌شود. در این پرسشنامه ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای محسوس، ۵ ماده به نشانگان جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان فردی اختصاص دارد (۳۵). ویژگی روانسنجی فارسی پرسشنامه بک، قاسم زاده و همکاران (۳۶) بر روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی از دانشگاه علوم پزشکی تهران و علامه طباطبایی ضریب آلفای کرونباخ را ۰.۸۷٪ و ضریب بازآزمایی را ۰.۷۴٪ گزارش نموده‌اند.

معیارمانی گروهی: در این بخش شیوه اجرا و چگونگی برگزاری جلسات معنادرمانی گروهی در (جدول ۱) به تفصیل مورد اشاره قرار گرفته است. برای آزمون فرضیه‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره) با رعایت پیش فرض‌ها و به کار گرفتن نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی، روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه جهت اندازه‌گیری تاب‌آوری طراحی شده است. مقیاس تاب‌آوری دارای ۲۵ عبارت بوده و در یک طیف لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. در مطالعه‌ای که امیرپور و همکاران (۳۴) به منظور بررسی همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری انجام دادند، نشان داده شد که مقدار آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی اسپیرمن-بروون برابر با ۰.۶۶٪ و ۰.۶۶٪ بوده است. پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک توسط آرون بک برای اولین بار در سال ۱۹۹۱ طراحی گردید. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده که هر بخش آن شامل ۴ عبارت می‌باشد در واقع عبارت‌ها براساس علائم، نشانه‌ها، و شدت میزان افسردگی تنظیم شده‌اند و از صفر تا ۳ به

جدول ۱: اهداف، منطق و جزئیات جلسات معنادرمانی گروهی

جلسات	مراحل	محتوای جلسات
پیش آزمون		
اول	آشنایی	آشنایی رهبر با اعضای گروه و اعضای گروه با همدیگر، توضیح اینکه (هدف از تشکیل گروه چیست؟، توضیح و تبیین قوانین گروه، ایجاد سازماندهی برای جلسات بعد، توضیح مختصر راجع به معنا و معنایابی و سالمندی و مشکلات همراه آن
دوم	آشنایابی با معنا	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنایی بیشتر اعضای گروه و شروع کار گروهی، پرسش از اعضای گروه، ارائه معنا و معنایابی، توضیح راجع به زندگی فرانکل
سوم	منابع معنایابی	بررسی تکلیف جلسه قبل، آسیب‌زدایی احساسات پوچی، آشنایی بیشتر با معنا و منابع معنا و گفتگوی نظراتی
چهارم	معنایابی	بررسی تکلیف جلسه قبل، ادامه گفتگو و یافتن معنا از طریق رنج، یافتن معنا از طریق ارزش آفرینندگی، یافتن معنا از طریق لذت بردن از انجام کار
پنجم	آزادی	بررسی جلسه قبل و صحبت در مورد آن، بحث درباره (برای چه؟ برای که زیستن؟، بحث درباره (آزادی و اراده و مسئولیت پذیری)
ششم	بحث در باب مرگ	فن فراخوانی و تشریح معنایابی، بررسی تمرین جلسه قبل، پرداختن به بحث مرگ
هفتم	ایجاد نگرش جدید	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی اهداف و برنامه‌های دوران سالمندی، ایجاد نگرش جدید، صحبت راجع به افسردگی
هشتم	قصد متناقض	بررسی تمرین جلسه قبل، آموزش تکنیک قصد متضاد، ایجاد نگرش جدید
نهم	غلبه بر یاس	بررسی جلسه قبل و مروری بر جلسات قبل، استفاده از آزادی، غلبه بر یاس، فن صندلی خالی
دهم	جمع‌بندی	بررسی تمرین جلسه قبل، مرور جلسات قبلی توسط رهبر، تشویق اعضا به ادامه راه حتی با پایان گروه، صحبت راجع به
پس آزمون		

مرد (۴۶/۶) قرار داشتند. میانگین سنی بدست آمده از گروه آزمایش ۵۸/۸۱ و در گروه کنترل ۵۹/۱۴ بود که بیانگر هم‌تا بودن دو گروه به لحاظ سن و جنس بود.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر از زنان و مردان سالمند شرکت داشتند. در هر گروه آزمایش تعداد ۸ نفر زن (۵۳/۳) و ۷ نفر

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمره متغیر تاب آوری، افسردگی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	تاب آوری	آزمایش	۵۸/۶۰	۱۵/۹۰	۷۴/۳۳	۷/۹۰
		کنترل	۵۹/۸۲	۷/۶۵	۶۳/۵۳	۸/۵۹
افسردگی	افسردگی	آزمایش	۲۳/۶۷	۴/۰۳	۱۶/۷۳	۲/۸۱
		کنترل	۲۴/۳۳	۲/۹۴	۲۲/۰۷	۴/۳۶
سلامت جسمی	سلامت جسمی	آزمایش	۲۲/۱۳	۲/۴۴	۲۶/۴۰	۱/۴۰
		کنترل	۲۱/۵۳	۲/۲۰	۲۳/۴۰	۱/۳۸
سلامت روان شناختی	سلامت روان شناختی	آزمایش	۲۲/۲۷	۲/۶۰	۲۶/۸۷	۲/۷۴
		کنترل	۲۳/۶۱	۲/۶۳	۲۲/۳۳	۴/۳۳
کیفیت زندگی	روابط اجتماعی	آزمایش	۹/۵۳	۲/۳۸	۱۲/۸۷	۱/۹۲
		کنترل	۹/۶۷	۱/۲۹	۹/۰۷	۱/۱۶
محیط اجتماعی	محیط اجتماعی	آزمایش	۲۲/۵۳	۲/۶۱	۲۹/۰۰	۴/۲۵
		کنترل	۲۱/۲۷	۳/۱۰	۲۴/۳۳	۱/۷۵
نمره کل	نمره کل	آزمایش	۷۶/۴۶	۵/۳۷	۹۵/۱۳	۳/۲۷
		کنترل	۷۷/۱۳	۴/۲۵	۷۹/۰۹	۴/۷۷

که معنی داری آزمون لون در نمرات آزمون‌های به کار گرفته شده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. با توجه به این امر پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز معنی‌دار نبودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت می‌کند، لذا پیش فرض‌های تحلیل کواریانس برقرار بوده و می‌توان از تحلیل کواریانس چند متغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده نمود.

نتایج معناداری تحلیل کواریانس چند متغیره متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل نیز نشان دهنده این بود که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد و می‌توان به نتایج آن اعتماد کرد.

در (جدول ۲) شاخص‌های توصیفی بدست آمده از نمرات متغیر تاب آوری، افسردگی و کیفیت زندگی و نشان داده شده است. همانطور که از نتایج جدول فوق نیز استنباط می‌گردد، میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی، محیط اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی و نمره کل تاب آوری در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است و نمره افسردگی نیز در گروه آزمایش نسبت به هم‌تایان گروه کنترل کاهش داشته است. به منظور نشان دادن معنی‌داری تفاوت بین نمرات جدول فوق از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. جهت بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره از آزمون لون و برای بررسی تساوی، واریانس خطای دو گروه استفاده شد. نتایج بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد

جدول ۳: نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چند متغیره در گروه آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۱۵۸	۳۴/۳۱۴ ^b	۰۰۰/۴	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۵۱
لامبدا ویلکز	۰/۹۴۱	۳۴/۳۱۴ ^b	۰۰۰/۴	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۱۴۹/۰
اثر هتلینگ	۵/۷۱۹	۳۴/۳۱۴ ^b	۰۰۰/۴	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۵/۷۱۹
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۷۱۹/۵	۳۴/۳۱۴ ^b	۰۰۰/۴	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۵/۷۱۹

زهرافروزنده و همکاران

کنترل حداقل از نظر یکی از مؤلفه‌های متغیر وابسته در پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته در مجموع معنی‌دار است.

همانطور که در (جدول ۳) نیز ملاحظه می‌شود، سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در میان گروه‌های آزمایش و

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره بررسی تأثیر معنادرمانی گروهی بر تاب آوری، افسردگی و کیفیت زندگی سالمندان

شاخص منابع تغییرات مولفه‌ها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
تاب آوری	۱۰۳۰/۳۹۹	۱، ۲۷	۵۱۵/۲۰۰	۷/۸۶۱	۰/۰۰۲	۰/۳۶۸
افسردگی	۲۳۹/۷۶۳	۱، ۲۷	۱۱۹/۸۸۱	۹/۲۱۰	۰/۰۰۱	۴۰۶
سلامت جسمی	۴۳۱۹/۵۸۲	۱، ۲۷	۴۳۱۹/۵۸۲	۵۵۰۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۶
سلامت روان شناختی	۸۵۷۴/۱۰۹	۱، ۲۷	۸۵۷۴/۱۰۹	۷/۹۵۱	۰/۰۰۹	۰/۲۲۷
روابط اجتماعی	۹۴۶۳/۰۴۹	۱، ۲۷	۹۴۶۳/۰۴۹	۵۸/۵۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴
محیط اجتماعی	۱۴۴۳۸/۲۸۳	۱، ۲۷	۱۴۴۳۸/۲۸۳	۲۲/۳۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
نمره کل	۱۴۱۱۹۳/۷۸۷	۱، ۲۷	۱۴۱۱۹۳/۷۸۷	۹۴/۷۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸

زیر مقیاس‌های مذکور بین ۲۲/۷ تا ۷۷/۸ متغیر می‌باشد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر تاب آوری، کاهش افسردگی و کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند انجام گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که معنادرمانی گروهی در مرحله پس آزمون، به طور معنی‌داری موجب افزایش سطوح تاب آوری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید. نتایج بدست آمده از این پژوهش را می‌توان با نتایج بدست آمده از مطالعه باسینیکی (۲۷) اشتاینهارت و دولیبر (۲۸) همسو دانست. در همین راستا توکلی و پورابراهیم (۲۹) در مطالعه خویش که با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر باورهای وسواسی و تاب آوری زنان انجام گرفت، نشان دادند که معنادرمانی موجب کاهش باورهای وسواسی و افزایش تاب‌آوری با ایجاد معنا در زندگی می‌گردد و این درمان بر روی زنان مبتلا به وسواس اثرات سودمندی را دارد. نتایج مطالعه پوست چیان و همکاران (۱۸) نیز بیانگر اثربخشی این نوع از مداخله بر تاب آوری این گروه از افراد بود. به طوری که آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نمرات بالاتری را در تاب آوری از خود گزارش می‌کردند. گراهام و همکاران (۳۰) نیز وجود معنا در زندگی را برای افزایش تاب‌آوری و مصونیت بیشتر در برابر تنش و فشار و سلامت روانی مؤثر می‌دانند. در تبیین نتایج بدست آمده از مطالعه می‌توان اینطور گفت که تاب آوری به عنوان

در (جدول ۴) نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره بررسی تأثیر معنادرمانی گروهی بر تاب آوری، افسردگی و کیفیت زندگی سالمندان نشان داده شده است. با توجه به داده‌های جدول چون مقدار F با درجات آزادی (۱ و ۲۷) در مورد تأثیر معنادرمانی گروهی بر تاب آوری سالمندان شهر کرج در سطح $\alpha=0/05$ معنادار می‌باشد ($P=0/001$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که معنادرمانی گروهی بر تاب آوری سالمندان تأثیر گذار بوده و مقدار اتا نشان می‌دهد که این تأثیر بر تاب آوری سالمندان ۳۶/۸ درصد می‌باشد. همچنین در متغیر افسردگی نیز چون مقدار F با درجات آزادی (۱ و ۲۷) در مورد تأثیر معنادرمانی گروهی بر افسردگی سالمندان در سطح $P=0/001$ معنادار می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که معنادرمانی گروهی بر افسردگی سالمندان شهر کرج تأثیر گذار می‌شود و مقدار اتا نشان می‌دهد که این تأثیر معنادرمانی گروهی بر افسردگی سالمندان ۴۰/۶ درصد می‌باشد. در متغیر کیفیت زندگی نیز چون مقدار F با درجات آزادی (۱ و ۲۷) در پس آزمون مولفه‌های سلامت جسمانی ($F=23/550$; $P < 0/001$); سلامت روان شناختی ($F=58/543$; $P < 0/05$); روابط اجتماعی ($F=7/951$; $P < 0/05$); محیط اجتماعی ($F=22/310$; $P < 0/001$) و نمره کل کیفیت زندگی ($F=94/794$; $P < 0/001$) در سطح $\alpha=0/01/0$ معنادار می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که معنادرمانی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر تأثیر داشته و مقدار اتا نشان می‌دهد که تأثیر این مداخله در

توانایی افراد برای مقابله با رویدادهای آسیب‌زا تعریف شده است. این متغیر توانایی افراد برای حفظ نسبتاً پایدار سطوح سلامت روانشناختی و عملکرد فیزیکی و تولید و به وجود آوردن تجارب و احساسات مثبت تعبیر می‌شود (۱۰) و پژوهشگران تاب‌آوری را به عنوان توانایی افراد برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای مجدد و دوباره فعال نمودن تعادل خود بعد از یک بحران تعریف می‌کنند. دوره سالمندی با شروع مشکلات جسمانی، کاهش روابط اجتماعی و افزایش از دست دادن‌ها همراه است که این مشکلات گرایش به سمت ناامیدی و کاهش تاب‌آوری را رقم می‌زند. معنادرمانی با ارائه دیدگاه یافتن معنا در رنج‌های زندگی در پی افزایش میزان تاب‌آوری افراد در موقعیت‌های رنج‌آور اقدام می‌نماید. یکی از اهداف مهم این دیدگاه کمک به افراد برای پیدا کردن معنی در موقعیت‌های دشوار است، از نظر این دیدگاه عدم تاب‌آوری به علت آن است که افراد باور ندارند زندگی با معناست و زندگی پوچ و بی‌هدف ایجاد شده به دنبال بی‌معنایی روی می‌دهد. از این روی در معنادرمانی با بازنگری در تعاریف رنج افراد، آنها را برای مواجهه با چالش‌های زندگی آماده نموده و در صدد یافتن تغییر نگرش خود در دنیایی پیرامون خود می‌کند (۱۷).

در شاخص افسردگی نیز نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که معنادرمانی گروهی در مرحله پس‌آزمون، به طور معنی‌داری موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید. نتایج بدست آمده از این پژوهش را می‌توان با نتایج بدست آمده از این پژوهش را می‌توان با نتایج بدست آمده از مطالعه خالدیان و سهرابی (۲۱) عطاری و همکاران (۱۶)، بلر (۲۲) همسو دانست.

در تبیین چرایی اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی سالمندان می‌توان گفت که در نظریه معنادرمانی ناامیدی به علت بی‌معنا شدن زندگی ایجاد می‌گردد، به عبارتی وقتی فرد به علت مسائل و مشکلاتش زندگی را بی‌معنا می‌پندارد، دچار سرخوردگی و ناامیدی می‌شود. زندگی را سراسر هراس می‌بیند که به هیچ روشی نمی‌تواند بر این هراس خود غلبه کند، از این روی خود را موجودی دست و پا بسته در مقابل حوادث روزگار می‌بیند. فردی که بدون فرزندان و همسرش زندگی می‌کند فردی است که زندگی را بی‌معنا می‌بیند احساس می‌کند به آخر خط زندگی خود رسیده است، بدون اینکه به ارزش و هدف زندگی پی برد. این فرد زندگی خود را با دیگران مقایسه می‌کند و پیوسته این سؤال

برای او مطرح است که چرا من از فرزندانم جدا گشته‌ام و همواره به دنبال دلیلی برای رنج و درد خود می‌گردم. در همین راستا کاسل تأکید می‌کند که معنای رنج بهتر است از درد و رنج به تنهایی، پایه و اساس بی‌معنایی در زندگی غفلت، درماندگی و ناامیدی است.

همچنین از دیگر اهداف اصلی این درمان کمک به درمانجویان برای 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. در معنادرمانی اعتقاد بر این است که چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد هر رخدادی هرچند توان‌فرسا مانند فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ‌آور نمی‌تواند انسان را مأیوس و منزوی کند. طبق این رویکرد کسانی به اهمیت معنای زندگی پی می‌برند که از یافتن معنا در کردار و یا در عشق محروم بوده‌اند. این افراد با برداشتی که از معنایابی پیدا می‌کنند، بر این مقوله غالب آمده و به تعالی می‌رسند (۱۷).

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که معنادرمانی گروهی در مرحله پس‌آزمون، به طور معنی‌داری موجب بهبود در مولفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، محیط اجتماعی و نمره کل کیفیت سالمندان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید. نتایج بدست آمده از این پژوهش را می‌توان با نتایج بدست آمده از مطالعه یزدانبخش و همکاران (۲۰)، صفری‌نیا و همکاران (۲۳)، نادر و همکاران (۲۴)، سیادت و همکاران (۲۵) و آرمانی و همکاران (۲۶) همسو دانست.

در تبیین چرایی اثرگذاری معنادرمانی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر کرج می‌توان گفت که سالمندی دوره مرور خاطرات و تمرکز بر از دست رفته‌های زندگی است که این عوامل موجب ایجاد حسرت زمان از دست رفته می‌شود و سالمندان را به سمت خمودگی بیشتر و کاهش در کیفیت زندگی و بی‌معنایی از زندگی سوق می‌دهد. فرانکل (۱۷) معتقد است که یکی از ریشه‌های آسیب‌پذیری در افراد به خصوص در دوره سالمندی بی‌معنایی و بی‌هدفی آنها از زندگی است و جستجوی معنا و هدف چیزی است که رسیدن به آن موجب کمال و شکوفایی شخصیت آدمی گردیده و اختلالات روانی و رفتاری را از میان بر می‌دارد. از این روی در معنادرمانی به سالمندان کمک می‌شود تا به رغم ناامیدی، بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و به

بیشتر مشکلات رفتاری و روانی و افزایش سلامت روان، کیفیت و امید به زندگی سالمندان شهر کرج استفاده نمود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که این مطالعه قابل‌تعمیم به کلیه زنان و مردان سالمند شهر کرج می‌باشد، لذا به منظور تعمیم یافته‌های حاصل از مطالعه در جوامع آماری دیگر باید احتیاط نمود. به دلیل مشکلات غیر قابل پیش بینی همچون ناهماهنگی کادر درمانی مراکز نگهداری و همکاری ضعیف برخی از آزمودنی‌ها تعدادی از جلسات با تأخیر برگزار گردید. با توجه به گستره نظری موجود، یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادها و جهت‌گیری‌های پژوهشی زیر را ارائه نمود که فراهم‌کننده زمینه‌های پژوهشی جدید می‌باشند. با در نظر داشتن اینکه یافته‌های این مطالعه نشان داد که معنادرمانی گروهی موجب بهبود کیفیت زندگی، تاب‌آوری و کاهش افسردگی می‌گردد، از این روی استفاده از معنادرمانی‌های گروهی لازم و ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بود که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام انجام گردید. نویسندگان بر خود واجب می‌دانند که از کلیه کارکنان و سالمندان در مراکز نگهداری از سالمندی شهر کرج که در انجام این پژوهش کمال همکاری را داشتند تشکر و قدردانی نمایند.

References

- 1- Hareven TK. The life course and aging in historical perspective. *Life Course*: Routledge; 2019. p.9-25. <https://doi.org/10.4324/9780429052194-2>
- 2- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *The lancet*. 2009;374(9696):1196-208. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4)
- 3- Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization; 2008.
- 4- Ellor J, Koepke D, Oberle J, Patrick Dubose N, Sudano S. Forum on Religion, Spirituality and Aging announce: Best of the Aging & Spirituality newsletter. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2019; 31 (1):1-149. https://doi.org/10.1300/J496v18n01_01
- 5- Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R,

جای آن در جستجوی معنا باشند. در نتیجه، زندگی از نگاه معنادرمانی تحت هر شرایطی معنادار است و این درمان به دنبال یافتن معنا در بدترین شرایط ممکن می‌گردد (۱۹). در این درمان تلاش می‌شود تا میدان دید افراد گسترش یافته و از این نگاه معنا و ارزش‌های موجود در مشکلات، مصیبت‌ها و تنهایی‌ها را ببینید تا بتوانند شجاعانه با مشکلات رو به رو شده و آنها را بپذیرند. یکی از اهداف این درمان توانا ساختن افراد برای غلبه کردن بر مثلث غم انگیز زندگی همچون درد، گناه و رنج است تا شرکت‌کنندگان بتوانند به کشف معنای منحصر به فرد زندگی خود دست پیدا کنند. به بیانی دیگر آن چه در معنادرمانی مورد توجه است، منحصر به فرد انسان بوده و تأکید بر این نکته است که انسان به بهترین نحو می‌تواند یک تراژدی را به پیروزی شخصی مبدل ساخته و یک موقعیت ناگوار را به یک موقعیت انسانی تغییر دهد. هنگامی که قادر به تغییر یک وضعیت نیستند باید به آنها یاد داد که خود را تغییر دهند.

نتیجه‌گیری

به طور کل نتایج این مطالعه بیانگر آن بود که کیفیت زندگی و تاب‌آوری افراد گروه آزمایش افزایش داشته و افسردگی آنها کاهش یافته است. این نتایج بیانگر سودمندی بالینی استفاده از معنادرمانی بر کارکردهای روانی این گروه از افراد است و می‌توان از این درمان برای کاهش هر چه

- Pot AM, Michel J-P, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The lancet*. 2016;387(10033):2145-54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- 6- Dudley-Javoroski S, Lee J, Shields RK. Cognitive function, quality of life, and aging: relationships in individuals with and without spinal cord injury. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2020:1-10. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1712755> PMID:31914347.
- 7- Coll PP. *Healthy Aging: A Complete Guide to Clinical Management*: Springer; 2019. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-06200-2>.
- 8- Garcia MC, Kozasa EH, Tufik S, Mello LEA, Hachul H. The effects of mindfulness and relaxation training for insomnia (MRTI) on postmenopausal women: a pilot study. *Menopause*. 2018; 25 (9): 992-1003.

- <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001118>
PMid:29787483.
- 9- Schorr A, Carter C, Ladiges W. The potential use of physical resilience to predict healthy aging. *Pathobiology of Aging & Age-related Diseases*. 2018; 8 (1):1403844. <https://doi.org/10.1080/20010001.2017.1403844>
PMid:29291035 PMCID:PMC5700501.
 - 10- Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*. 2004; 59 (1): 20. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
PMid:14736317.
 - 11- Davidson JR, Payne VM, Connor KM, Foa EB, Rothbaum BO, Hertzberg MA, et al. Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *International clinical psychopharmacology*. 2005;20(1):43-8. <https://doi.org/10.1097/00004850-200501000-00009>
PMid:15602116.
 - 12- Bradtmöller M, Grimm S, Riel-Salvatore J. Resilience theory in archaeological practice-An annotated review. *Quaternary International*. 2017; 446: 3-16. <https://doi.org/10.1016/j.quaint.2016.10.002>.
 - 13- Mulholland F, Jackson J. The experience of older adults with anxiety and depression living in the community: Aging, occupation and mental wellbeing. *British journal of occupational therapy*. 2018; 81 (11): 657-66. <https://doi.org/10.1177/0308022618777200>.
 - 14- Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(9):1588-601. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1588>
PMid:16135616.
 - 15- Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial psychiatry journal*. 2009; 18 (1): 51. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>
PMid: 21234164 PMCID:PMC3016701.
 - 16- Atari Y, Bashlideh K, Yosofi N, Hesar JN. Comparing the Effectiveness of Two Counseling Approaches (Logo therapy and Gestalt therapy) in the Symptom Improvement of Aggression, Depression and Anxiety Among Seeking- divorce women in Saghez. *Studies in Education and Psychology*. 2007; 7 (2):63-.
 - 17- Schulenberg SE, Hutzell RR, Nassif C, Rogina JM. Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2008; 45 (4): 447. <https://doi.org/10.1037/a0014331>
PMid: 22122533.
 - 18- Pustchian T, Kazemi AS, Rezaee O. The Effectiveness of Group logo therapy on Life Expectancy and Resilience among Divorced Women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;5 (6): 45-52. <https://doi.org/10.21859/ijpn-05067>.
 - 19- Southwick SM, Lowther BT, Graber AV. Relevance and application of logotherapy to enhance resilience to stress and trauma. *Logotherapy and existential analysis: Springer*; 2016. p. 131-49. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29424-7_13.
 - 20- Yazdanbakhsh N, Younesi SJ, Aazimiyani S, Foroughan M. Effects of Group Counseling Based on Logo Therapy to Decrease Loneliness in Elderly Men. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11 (3): 392-9. <https://doi.org/10.21859/sija-1103392>.
 - 21- Khaledian M, Mohammadifar MA. On the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and logotherapy in reducing depression and increasing life expectancy in drug addicts. *research on addiction*. 2016; 9 (36): 63-80.
 - 22- Blair RG. Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of Mental Health Counseling*. 2004; 26 (4): 333-47. <https://doi.org/10.17744mehc.26.4.w8u9h6uf5ybhapyl>.
 - 23- Saffarinia M, Dortaj A. Effect of Group Logotherapy on Life Expectancy and Mental and Social Wellbeing of The Female Elderly Residents of Nursing Homes in Dubai. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018; 12 (4): 482-93. <https://doi.org/10.21859/sija.12.4.482>.
 - 24- Nader M, Ghanbari N, Gholipour S, Esmaeilzadeh N. Effectiveness of Short-term Group Logo-therapy on Life Expectancy and Resilience of Women With Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer*. 2019. <https://doi.org/10.32768/abc.201964168-173>.
 - 25- Siadat M, Gholami Z. The Effectiveness of Group Logotherapy in Increasing Resilience and Decreasing Depression among Individuals Affected by Substance Abuse in Tehran. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2019; 5 (1): 24-30.

- 26- Armani K. The Effectiveness of Group Logotherapy on Resiliency and Quality of Life of Students. *Journal of Psychology New Ideas*. 2019; 3 (7): 1-14.
- 27- Basiński A, Stefaniak T, Stadnyk M, Sheikh A, Vingerhoets AJ. Influence of religiosity on the quality of life and on pain intensity in chronic pancreatitis patients after neurolytic celiac plexus block: Case-controlled study. *Journal of religion and health*. 2013;52(1):276-84. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9454-z> PMID:21286817 PMCID:PMC3560951.
- 28- Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American college health*. 2008;56(4):445-53. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.44.445-454> PMID:18316290.
- 29- Tavakkoli B, Poorebrahim T. The Effects of Group Logotherapy on Obsessive Beliefs & Resilience in Female. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018; 8:1-.
- 30- Graham S, Furr S, Flowers C, Burke MT. Research and theory religion and spirituality in coping with stress. *Counseling and Values*. 2001;46(1):2-13. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2001.tb00202.x>
- 31- Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*. 1998; 28 (3):551-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667> PMID:9626712.
- 32- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4 (4):1-12.
- 33- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003; 18 (2): 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113> PMID:12964174.
- 34- Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015; 14 (10): 857-65.
- 35- Chatripour f, Kikhavani s, Seidkhaninahal a. Depression Among the Suicide Committed Comparison Between Suicidal Thoughts and Depression Among the Suicide Committed and Healthy Individuals Among Ilam Province People Between 2011 and 2012. *journal of ilam university of medical sciences*. 2013; 21 (1): 47-53.
- 36- Ghasemzadeh H, Karamghadiri N, Sharifi V, Norouzian M, Mojtabai R, Ebrahimkhani N. Cognitive, Neuropsychological, and Neurological Functions of Obsessive Patients with and Without Depressive Symptoms Compared to Each Other and Normal Group. *Advances in Cognitive Sciences*. 2005; 7 (3):1-15.