

## Group therapy with the approach of logo therapy on general health of elderlies

Z. Vanaki Farahani<sup>1</sup>, S. Pashang<sup>2\*</sup>, M. Hoseinzadeh Taghvaei<sup>3</sup>

Received: 18 November 2015; received in revised form 08 June 2016;  
accepted 08 June 2016

### Abstract

**Aim:** the present study conducted to evaluate the effectiveness of group therapy with the approach of logo therapy on general health of elderlies. **Method:** The research method was quasi- experimental with pre-test, post-test, follow-up and control group. Subjects were all elderlies admitted to Yas daily rehabilitation center located in Tehran City in first six months in 1393 which estimated around 150. The sample of the study consisted of 24 elderlies 65-75 who were selected by available sampling and were sited randomly in an experimental and a control group (12 persons in each group). General health (Goldberg, 1978) questionnaire was implemented in three stages pre-test, post-test and follow-up. The experimental group received eight two hours logo therapy sessions twice a week through group therapy (Frankel, 1994) method and the control group was placed in the waiting list. Data was analyzed using analysis of covariance (ANCOVA). **Results:** Studying of the research results showed that group therapy approach to logo therapy is effective in improving general health of elderlies ( $F = 5.04, P = 0.001$ ). A three- month follow-up confirmed this result ( $F = 8.577, P = 0.002$ ). **Conclusion:** So this approach can help elderlies to know more about their status and hope more to life. Also therapists should improve their knowledge and experience to increase development and mental health of elderlies.

**Key words:** *elderlies, general health, group therapy, logo therapy,*

---

1. M.A. in personality psychology, Islamic Azad University, Karaj, Iran

2\*. Corresponding author, Assistant professor, Islamic Azad University, Karaj, Iran, sarahpashang@yahoo.com

3. Assistant professor, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

## اثربخشی گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی بر سلامت عمومی سالمندان

زهرا ونکی‌فراهانی<sup>۱</sup>، سارا پاشنگ<sup>۲\*</sup> و مرجان حسین‌زاده تقوایی<sup>۳</sup>

دریافت مقاله: ۹۴/۰۸/۲۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۵/۰۳/۱۹؛ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۳/۱۹

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی بر سلامت عمومی سالمندان بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری و جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی یاس در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۳ بود که تعداد آن‌ها حدود ۱۵۰ نفر برآورد شد. نمونه پژوهش ۲۴ سالمند ۶۵-۷۵ ساله بود که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره گواه و آزمایش جایگزین شد. پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۸) در هر ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. مداخله شامل ارائه بسته معنا درمانی (فرانکل، ۱۳۷۴) به‌شیوه گروهی بود که در ۸ جلسه ۲ ساعته، هفته‌ای ۲ جلسه برای گروه آزمایش ارائه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه-گیری‌های مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد مداخله با رویکرد معنا درمانی سلامت عمومی سالمندان را افزایش داده است ( $F=5/04$ ،  $P=0/001$ ). نتایج حاصل از پیگیری نیز حاکی از ماندگاری اثر درمان در طول زمان بود ( $F=8/577$ ،  $P=0/002$ ) نتیجه‌گیری: این شیوه درمانی می‌تواند به سالمندان کمک کند تا وضعیت سلامت روانی خود را بهتر بشناسند و بیش‌تر به زندگی امیدوار شوند. بنابراین لازم است درمان‌گران نیز با افزایش دانش و تجربه خود در این زمینه امکانات رشد و سلامت روانی سالمندان را فراهم سازند.

**کلیدواژه‌ها:** سالمندان، سلامت عمومی، گروه درمانی، معنا درمانی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲\* نویسنده مسئول، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Email: drspashang@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

## مقدمه

امروزه پیر شدن جمعیت دنیا در کل تاریخ بشر بی‌سابقه بوده است. تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سنی بالای ۶۰ سال به دو بلیون نفر خواهد رسید که شامل ۲۲ درصد جمعیت دنیا است (سازمان ملل، ۲۰۱۳). توسعه امکانات رفاهی در تمامی نقاط جهان عامل اصلی افزایش طول عمر است. به‌طوری که در سال ۲۰۴۰ از هر پنج آمریکایی یک نفر ۶۵ ساله خواهد بود (کینسلا و ون، ۲۰۰۹). این شواهد حاکی از آن است که باید برای ارتقا سلامت عمومی این قشر جامعه برنامه‌ریزی‌های گسترده صورت گیرد (لیدلو، ۲۰۱۳) که یکی از مهم‌ترین چالش‌های آن آموزش درمان‌گران در حوزه سلامت روانی خواهد بود (بلازر، ۲۰۱۰). یافته‌های پژوهشی بسیاری نشان می‌دهد سلامت روانی در سالمندان نتیجه تاثیر و تآثر متقابل عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و فرهنگی-اجتماعی است (پاچانا و لیدمو، ۲۰۱۴). به‌بیان دیگر، سلامت روان در سالمندی حاصل متغیر گذشت زمان در طول زندگی نیست (لیدلو، ۲۰۱۳).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۲)، سلامت روان را به‌عنوان وضعیتی بدون منظور کردن متغیرهای رشد و سالمندی در نظر می‌گیرد. دیدگاه طول عمر نیز، بهداشت روانی افراد سالمند را ترکیب ویژه‌ای از عوامل خطرزا و عوامل محافظت‌کننده می‌داند که در طول زندگی انباشته شده‌اند و به‌طور بالقوه با درجه متفاوت بر رفتار سازگار فرد اثرگذارند (کسلر و ستادینگر، ۲۰۱۳). با این حال بسیاری از افراد برتری و سازگاری را سلامت روان می‌دانند و دست کشیدن از اهداف رشد را عدم سلامت روانی تعریف می‌کنند (شاه و شگین، ۲۰۱۲)؛ که این نوع چشم‌انداز به بهداشت روان، در تقارن با مباحث فرهنگی و زیست‌شناختی انسان‌شناسان است (استرنبرگ، ۲۰۱۲).

از آن‌جا که با بالا رفتن سن تغییرات فردی بالقوه‌ای مانند افزایش و کاهش در توانایی‌های متفاوت ایجاد می‌شود (سرفاتی، هاورد، بلنچرد، بازوئیز و میورالد، ۲۰۱۰)، سلامت روانی عمومی نیز تحت تاثیر سیستم زیست‌شناختی دچار چالش می‌شود (والیتزکی تیلر، کاسریو، لنز، استنلگ و کراسک، ۲۰۱۱). لذا متخصصان روان‌درمانی با در نظر گرفتن این چالش‌ها برنامه‌های تشخیصی و درمانی ویژه‌ای را اتخاذ کرده‌اند. در این میان، گروه درمانی سالمندان با رویکرد معنا درمانی برنامه حمایتی مناسبی به‌نظر می‌رسد و با توجه به شواهد پژوهشی می‌تواند به سالمندان در مواجهه با شرایط استرس‌زا و سازگاری با منابع فرساینده زندگی، یاری‌رسان باشد؛ زیرا در جریان این نوع گروه درمانی، اعضای گروه فرصتی را پیدا می‌کنند تا علاوه بر حمایت متقابل یک‌دیگر، عزت‌نفس و اعتماد به‌نفس خود را نیز تقویت کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷)؛ و با معنای زندگی گذشته خود روبه‌رو شوند. بدیهی است که سالمندی به‌هیچ وجه بیماری تلقی نمی‌شود، بلکه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در گذرگاه زندگی و مسیر طبیعی رشد انسان به‌حساب می‌آید (اورباچ، ۱۳۸۷)؛ و از آن‌جا که این دوره زندگی از اهمیت بسیاری برخوردار است لذا انسان باید خود را از دوران جوانی

اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی بر.....

برای آن آماده سازد. ورزش و تغذیه سالم در کنار آرامش روانی و به کارگیری راهبردهای مناسب کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی می‌تواند در برخورداری از دوره سالمندی مناسب موثر باشد (پاچانا و لیدمو، ۲۰۱۴). لذا سیاست‌مداران و تصمیم‌گیران جامعه لازم است اقدامات موثری در این راستا اتخاذ نمایند. مارتین (۲۰۰۴) معتقد است که فرایند مرور زندگی در دوران سالمندی به خودآگاهی سالمندان یاری می‌رساند و باعث پیدا شدن منابع جدید معنا در زندگی آن‌ها می‌شود و هم‌چنین به سازگاری در بازنشستگی نیز کمک می‌کند. از آن‌جا که سالمندان در دوره پایانی عمر خود به دنبال معنای زندگی گذشته خویش هستند تجربه این جستجو در کنار هم دوره‌ها می‌تواند برایشان خوشایند باشد. به‌عنوان مثال فخار، تبی‌نژاد و فروغان (۱۳۸۷) گروه درمانی با رویکرد معنادرمانی را در مورد ۱۶۰ زن سالمند ساکن در آسایشگاه کهریزک تهران اجرا کردند و این شیوه علاوه بر آن‌که توانست سطح سلامت عمومی زنان سالمند را افزایش دهد در کاهش اضطراب، استرس و مشکلات کنش اجتماعی آن‌ها نیز موثر بود. لذا با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر انجام شد تا به سوال‌های زیر پاسخ دهد.

۱. آیا گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی در افزایش سلامت عمومی سالمندان موثر است؟
۲. آیا گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی در سلامت عمومی سالمندان دارای ماندگاری اثر است؟

## روش

پژوهش حاضر، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه؛ و جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی یاس واقع در شهر کرج بود که در شش ماه اول سال ۱۳۹۳ به‌این مرکز مراجعه کرده بودند و تعداد آن‌ها ۱۵۰ نفر گزارش شد. نمونه شامل ۲۴ سالمند ۶۵-۷۵ ساله زن و مرد بود که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس، از بین افراد واجد شرایط و داوطلب که مایل به شرکت در پژوهش بودند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش علاوه بر دارا بودن شرایط سنی ۶۵-۷۵ سال، داشتن تحصیلات سیکل به بالا و عدم ابتلا به بیماری آلزایمر بود. ابتلا به هر نوع بیماری جسمی و یا معلولیت در معیارهای خروج از پژوهش قرار داشت.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup>. این پرسشنامه به‌منظور بررسی اختلال‌های غیر روان گسسته، توسط گلدبرگ (۱۹۷۸) تنظیم شد. شکل ۲۸ سؤالی این پرسشنامه، از طریق اجرای روش تحلیل

---

1. general health questionnaire (GHQ)

عاملی در نسخه بلند آن طراحی شده و سؤال‌های آن به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و از ۴ خرده‌آزمون تشکیل شده که هر یک دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های هر خرده‌آزمون به ترتیب پشت سر هم آمده است به نحوی که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی<sup>۱</sup>، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده‌آزمون اضطراب و بی‌خوابی<sup>۲</sup>، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده‌آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی<sup>۳</sup> و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده‌آزمون افسردگی<sup>۴</sup> است. در مورد روایی پرسشنامه سلامت عمومی در مطالعه گلدبرگ و ویلیام<sup>۵</sup> (۱۹۸۸) نسخه ۲۸ سوالی را در مورد گروهی از دختران مدرسه اجرا و نتایج را به روش تحلیل عاملی و با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی تحلیل کردند و به ضریب همبستگی ۰/۴۸ دست یافتند. این پژوهشگران جهت بررسی روایی همزمان با استفاده از پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه سوتا به ضریب ۰/۵۴ دست یافتند. در بررسی دیگری توسط گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸)، اعتبار تصنیفی برای این پرسشنامه که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش شد. هم‌چنین در مطالعه‌ای که در مورد دانشجویان دانشگاه شیراز انجام شد برای تعیین اعتبار دوباره‌سنجی پرسشنامه، تعداد ۷۵ نفر انتخاب و در فاصله ۳ تا ۴ هفته دوبار آزمایش شدند. ضریب اعتبار برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده‌آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷، ۰/۵۸ به دست آمد. به منظور تعیین اعتبار تصنیفی پرسشنامه، سؤال‌های پرسشنامه به دو قسمت زوج و فرد تقسیم و نمره آزمودنی‌ها در هر قسمت محاسبه و سپس ضریب همبستگی بین دو قسمت بر اساس ضریب همبستگی تصحیح شده اسپیرمن براون محاسبه شد. این ضریب برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ به دست آمد (ارشلو، ۱۳۸۵). ملکوتی، میراب‌زاده، فتح‌اللهی، صلواتی، کهالی، افخم و زندی (۱۳۸۵) نیز در پژوهش خود به منظور بررسی روایی، اعتبار و تحلیل عاملی مقیاس سلامت عمومی در سالمندان ایرانی ضرائب پایایی مطلوبی اعم از آلفای کرونباخ ۰/۹۴، تنصیف ۰/۸۶ و آزمون-بازآزمون ۰/۶۰ را برای پرسشنامه گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای کل آزمون به دست آمد.

**۲. بسته گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی.** مفاد این جلسه‌ها مبتنی بر نظریه معنا درمانی فرانکل برگرفته از کتاب انسان در جستجوی معنا (۱۳۷۴)، و پژوهش‌های مشابه توسط رضایی و

1. somatic symptom
2. anxiety & insomnia
3. social function
4. depression
5. William

اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی بر.....

شفیع آبادی (۱۳۸۷)، که روایی محتوای این برنامه را در پژوهش خود ۰/۸۱ گزارش کرده بودند تنظیم شد؛ و افزون بر این به تایید اساتیدی که در رشته روان شناسی و مشاوره تخصص داشتند رسید. در این پژوهش گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هر هفته ۲ جلسه انجام شد. شرح مختصر جلسه‌ها به‌قرار زیر است.

**جلسه اول.** هدف این جلسه، به‌وجود آوردن فضایی امن و صمیمی در بین اعضای گروه بود. بنابراین افراد گروه دور هم جمع شدند و هر یک ضمن معرفی خود، شرح کوتاهی درباره زندگی‌شان نقل و احساسات و انگیزه‌های خود را برای شرکت در گروه ابراز کردند. سپس درمان‌گر به‌عنوان رهبر گروه خود را معرفی کرد و اهداف و برنامه‌های گروه را شرح داد تا زمینه مناسب و صمیمی برای تشکیل جلسه‌های بعدی مهیا شود.

**جلسه دوم.** تحکیم رابطه مشاوره از اهداف اصلی این جلسه بود. ابتدا اعضا به تمرین تصویرسازی ذهنی پرداختند. از آن‌ها خواسته شد دست‌های یک‌دیگر را بگیرند، چشمان‌شان را ببندند و به احساسات خوب حاصل از مراقبه گروهی تمرکز و سعی کنند افکار پراکنده را کنار زده و به یک نقطه در پشت پلک‌هایشان متمرکز شوند و در مرحله بعدی سعی کنند آن وضعیت را حفظ و پس از ۴ تا ۵ دقیقه سعی کنند به آرامشی که در بدن‌شان ایجاد شده تمرکز داشته باشند. سپس در مورد بحران وجودی و فقدان معنا در زندگی و رضایت از خود به بحث پرداختند.

**جلسه سوم.** هدف این جلسه آگاهی اعضا نسبت به آزادی و مسئولیت انتخاب بود. در این جلسه نیز ابتدا مراقبه گروهی انجام شد و سپس اعضا به کمک رهبر گروه در رابطه با تعریف حق انتخاب، آزادی و مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و نسبت به دیگران به بحث پرداختند. از هر عضو خواسته شد حق انتخاب، آزادی و مسئولیت‌پذیری را از دید خودش تعریف کند و افراد دیگر نیز نظرشان را درباره آن بگویند. سپس رهبر گروه افکار و باورهای غیرعقلانی و اشتباه هر یک را پیدا و به آن‌ها کمک می‌کرد به معانی واقعی آن فکر کنند تا از این طریق ترس‌ها و اضطراب‌های‌شان را مهار کنند و به آرامش برسند. از آن‌ها خواسته شد تا جلسه بعد بیشتر به معانی جدید فکر و در این زمینه بعضی از تضادها و تعارض‌های خود را یادداشت کنند تا در جلسه بعدی بررسی شود.

**جلسه چهارم.** هدف این جلسه شناخت اعضا نسبت به قوانین حاکم بر زندگی‌شان بود. در این جلسه علاوه بر پیگیری تکلیفی که در پایان جلسه قبل داده شده بود، این سوال مطرح شد که چرا آن‌ها کارهایی را که دوست ندارند انجام می‌دهند؟ پس از آن‌که در این زمینه با هم حرف زدند و به کمک رهبر گروه نتیجه‌گیری کردند، از اعضا خواسته شد که اعمال و رفتارهایی را که تحت کنترل انتظارات و قوانین دیگران انجام داده‌اند مشخص کنند. به‌عنوان مثال یکی از حاضرین ابراز کرد که او در طول زندگی خودش همیشه نگران بوده است که دیگران او را طرد کنند و به‌همین دلیل همیشه خواسته‌های خود را نادیده گرفته است. در رابطه با این موضوع اعضا نظرات‌شان را

ارائه کردند و رهبر گروه نیز دلایل و اثرات این نوع طرز فکر را بررسی کرد. در انتهای جلسه به‌عنوان تکلیف جلسه بعد از اعضاء خواسته شد پاسخ‌های بیشتری را در رابطه با سوال مطرح شده در زندگی خود پیدا کنند.

**جلسه پنجم.** هدف این جلسه آشنایی اعضا با انواع مشکلات روان‌شناختی و مواجهه با آن‌ها بود. در این جلسه ابتدا از اعضا خواسته شد چشمان‌شان را ببندند و یکی از عناصر طبیعت را که دوست دارند تصور کنند تا آرامش بگیرند. سپس طبق روال هر جلسه تکالیف جلسه قبل پیگیری شد. رهبر گروه مطالبی را در ارتباط با اضطراب وجودی و مسیر زندگی انسان مطرح کرد سپس از اعضا خواسته شد هر یک مسیر زندگی خود را با یک تمثیل برای اعضای دیگر تصویرسازی کنند. به اعضاء گفته شد ریشه تمام اضطراب‌ها مربوط به ترس و نگرانی از مرگ و نابودی است و انسان برای مقابله با این اضطراب باید انتهای زندگی یعنی مرگ را بپذیرد و سعی کند در این فاصله خوب زندگی کند. سپس از اعضاء خواسته شد نمونه‌هایی از اضطراب‌های خود را بیاد بیاورند و سعی کنند به کمک این نگاه آن را مجدداً بررسی کنند و همین برنامه را تا جلسه بعدی به‌عنوان تکلیف پایان جلسه ادامه دهند.

**جلسه ششم.** هدف این جلسه، معنایابی در ابعاد گوناگون زندگی بود. در این مرحله از اعضا خواسته شد با چشمان باز دستان یک‌دیگر را بگیرند. و رهبر گروه مطالبی را در مورد واقعیت مرگ و پذیرش آن مطرح کرد. هم‌چنین مطالبی در مورد بودن و انواع بودن مطرح شد و از اعضا پرسیده شد که به‌نظر آن‌ها هستی انسان چه زمانی ارزشمند و چه زمانی بی‌ارزش است؟ سپس اعضا به بحث و تبادل نظر پرداختند. این جلسه این‌گونه برگزار شد که ابتدا معنی بودن در فاصله بین مرگ و زندگی مشخص و سپس چگونگی زندگی در این فاصله با توجه به مفاهیم خاص فرانکل بررسی و زندگی ارزشمند و زندگی بی‌حاصل با یک‌دیگر مقایسه شد و اعضاء سعی کردند احساسات و برداشت‌های خود را در این مورد شرح دهند و به‌عنوان تکلیف پایان جلسه این تمرین و جستجو در زندگی خود را تا نشست بعدی ادامه دهند.

**جلسه هفتم.** هدف این جلسه آشنایی با انواع ارزش‌ها، انتخاب ارزش و پذیرش مسئولیت آن بود. ابتدا مراقبه گروهی صورت گرفت. سپس از اعضا خواسته شد یک منظره زیبا را که اخیراً در طبیعت دیده بودند تصور کنند و از آن لذت ببرند تا به آرامش برسند. سپس تکالیف جلسه‌های قبل پیگیری شد. در این مرحله از هر یک از اعضا خواسته شد که بگویند چه احساسی نسبت به بدن خود دارند؟ اعضا در این گفتگو ارزش قائل شدن برای جسم خود و رهایی آن از قید و بند زشتی و زیبایی را معیار قرار دادند و به تبادل نظر پرداختند. سپس بحث‌ها در رابطه با سلامت روان ادامه پیدا کرد. از اعضاء خواسته شد بگویند چه عواملی وضعیت روانی آن‌ها را بیمار می‌کند و چگونه می‌توانند با آن‌ها مقابله کنند. اعضاء در این مرحله با تمرکز بر بدن و روان خود توانستند

اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی بر.....

آن را بهتر بشناسند تا از آن مراقبت نمایند. ادامه این تمرین به عنوان تکلیف پایان جلسه، تا نشست بعدی ادامه داشت.

جلسه هشتم. هدف این جلسه بررسی آموخته‌های جلسه‌های قبل بود. در این جلسه اعضا مطالب و بحث‌های جلسه‌های قبل را مرور و احساسات و تجربه‌های جدید خود را در رابطه با آن‌ها مطرح کردند. در پایان این جلسه هر یک از اعضا به تصمیم‌ها و تغییراتی که در طول جلسه‌ها به دست آورده بودند اشاره کردند. آن‌ها تصمیم گرفتند به تمرینات خود هم‌چنان ادامه دهند. در انتهای این جلسه پس‌آزمون اجرا شد.

**شیوه اجرا.** پس از جلب رضایت مرکز توان بخشی یاس در شهر کرج، پرسشنامه سلامت عمومی در بین ۵۵ نفر از داوطلبینی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند در بهار سال ۱۳۹۳ اجرا شد. سپس ۲۴ نفر از آن‌ها که کم‌ترین نمره را از این مقیاس به دست آورده بودند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. گروه گواه در فهرست انتظار ماند تا پس از پایان پژوهش به منظور رعایت اخلاق پژوهشی همین برنامه درمانی برای‌شان اجرا شود. در پایان جلسه هشتم و همین‌طور ۳ ماه پس از آن، هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه سلامت عمومی پاسخ دادند. در طول جلسه به منظور حفظ معیارهای علمی پژوهش، تمامی موارد از جمله روز و ساعت برگزاری جلسه و نحوه اجرا طبق برنامه درمانی مورد نظر؛ و مواردی نظیر شرکت آگاهانه و داوطلبانه شرکت‌کنندگان و پایداری به حفظ و نگهداری اسرار و هویت شخصی آن‌ها نیز رعایت شد.

## یافته‌ها

طیف سنی سالمندان ۶۵-۷۵ بود. در دو گروه آزمایش و گواه مردها ۲۵ درصد و زن‌ها ۷۵ درصد آزمودنی‌ها را تشکیل دادند. رده ۶۴-۶۶ و ۶۹-۶۷ سال بیش‌ترین و رده سنی ۷۴-۷۰ سال کم‌ترین فراوانی را داشت، هم‌چنین در دو گروه سطوح تحصیلی دیپلم و کاردانی به میزان برابر بود.

### جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی در مقیاس سلامت عمومی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
سلامت عمومی	آزمایش	میانگین ۲۳/۷۵	انحراف معیار ۶/۶۷	میانگین ۱۸/۳۳	انحراف معیار ۲/۲۶
	گواه	میانگین ۲۰/۹۱	انحراف معیار ۴/۷۱	میانگین ۱۹/۵	انحراف معیار ۳/۵۲

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین سلامت عمومی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون گروه آزمایش تغییر یافته است ولی این تغییر در گروه گواه محسوس نیست.



## جدول ۲. آزمون همسانی واریانس‌ها و یکسانی شیب رگرسیون در آزمون سلامت عمومی

همسانی واریانس‌ها	درجه آزادی بین‌گروهی	درجه آزادی درون‌گروهی	F
	۱	۲۲	۲/۱۳۹
یکسانی شیب رگرسیون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات
خطا	۱۲/۶۱۶	۱	۱۲/۶۱۶
کولموگروف-اسمیرنف	۳۷۷/۰۶۵	۲۰	۱۸/۸۵۳
پیش‌آزمون	Z	P	
پس‌آزمون	۰/۱۱۸	۰/۲۰۰	
	۰/۰۹۵	۰/۲۰۰	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد مفروضه همسانی واریانس‌ها و یکسانی شیب رگرسیون‌ها برقرار است. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس، خلاصه نتیجه تحلیل کوواریانس یک راه تک‌متغییری برای نمره‌های سلامت عمومی در زیر گزارش شد.

## جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی معنا درمانی گروهی بر سلامت عمومی سالمندان

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
پس‌آزمون	۹۲/۸۵۸	۱	۹۲/۸۵۸	۵/۰۴*	۰/۱۹۲
خطا	۳۸۹/۶۸۱	۲۱	۱۸/۵۵۶		
کل	۴۸۲/۴	۲۴			

\* $P < 0/05$  \*\* $P < 0/01$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون، تفاوت بین دو گروه معنادار است ( $P=0/036$ ). به عبارت دیگر آموزش معنا درمانی گروهی بر سلامت عمومی سالمندان تاثیر داشته و باعث افزایش سلامت عمومی آن‌ها شده است. با توجه به اندازه اثر این آموزش ۱۹ درصد از واریانس پس‌آزمون را به خود اختصاص داده است.

## جدول ۴. میانگین نمره‌های تعدیل شده پس‌آزمون سلامت عمومی پس از حذف اثر پیش‌آزمون

گروه	میانگین پس‌آزمون
آزمایش	با حذف اثر پیش‌آزمون
گواه	بدون حذف اثر پیش‌آزمون
	۱۶/۰۶
	۱۶/۶۶
	۲۰/۱۱
	۱۹/۵

جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین سلامت عمومی در گروه آزمایش پس از معنا درمانی گروهی پس از حذف اثر پیش‌آزمون؛ به‌طور معناداری متفاوت از میانگین آن در گروه گواه است که آموزش معنادرمانی گروهی در مورد آن‌ها اعمال نشده است.

اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی بر.....

### جدول ۵. آزمون کرویت موخلی در سلامت عمومی سالمندان

شاخص موخلی	شاخص مجذور خی	درجه آزادی	اپسیلون گرین هاوس-گیسر
۰/۸۸۱	۱/۲۶۸	۲	۰/۸۹۴

با توجه به نتایج جدول ۵ با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر مبنی بر طبیعی بودن توزیع چند متغیری داده‌ها تایید می‌شود.

### جدول ۶. خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
عمل آزمایشی باقیمانده (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری)	۳۲۹/۱۶۷	۲	۱۶۴/۵۸۳	۸/۵۷۷**	۰/۴۳۸
	۴۲۲/۱۶۷	۲۲	۱۹/۱۸۹		

\*\*P<۰/۰۱ \*P<۰/۰۵

جدول ۶ نشان می‌دهد F محاسبه شده معنادار و تفاوت میانگین‌های آزمودنی‌ها در سه نوبت اجرا، معناداری است (P=۰/۰۰۲).

### جدول ۷. زیر گروه‌های همگن در سه مرحله اندازه‌گیری

نوبت اجرای آزمون	تعداد	زیر گروه (تفاوت میانگین‌ها)
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۲	۷/۸۰۳*
پیش‌آزمون-پیگیری	۱۲	۵/۴۱۷*
پس‌آزمون-پیگیری	۱۲	-۱/۶۶۷

\*\*P<۰/۰۱ \*P<۰/۰۵

با توجه به نتایج جدول ۷ می‌توان گفت معنا درمانی گروهی باعث افزایش سلامت عمومی سالمندان مرکز یاس شده و این افزایش در طول زمان دارای ماندگاری اثر است.

### جدول ۸. شاخص میانگین پس‌آزمون پس از تعدیل در آزمون بنفرونی

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار
سلامت عمومی	آزمایش	۱۶/۰۵	۵/۹۵
	گواه	۲۰/۱۱	۳/۷۵

\*\*P<۰/۰۱ \*P<۰/۰۵

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار است (P=۰/۰۰۱). بدین معنی که گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی بر سلامت روان سالمندان اثر دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

داده‌های این مطالعه نشان داد برنامه مداخله‌ای معنا درمانی گروهی، در افزایش سلامت عمومی سالمندان موثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش تقی‌پور و رسولی (۱۳۸۷) که اثربخشی معنا درمانی گروهی را در کاهش افسردگی و ارتقا معنای زندگی ۳۰ نفر از سالمندان مقیم آسایشگاه بررسی کردند همسو بود. آن‌ها با اجرای این برنامه به نتایج مشابهی دست یافتند. نتایج پژوهش ربیکا و جیگینگ (۲۰۱۱) نیز که به بررسی اثر معنا درمانی در سلامت عمومی و کیفیت زندگی ۵۱۹ سالمند پرداختند، یافته‌های این پژوهش را تایید کرد. هم‌چنین کانگ، ایم، سونگ، کیم، کیم، سانگ و سیم (۲۰۰۹) نیز در پژوهش خود به نتایجی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر رسیدند. آن‌ها اثر معنا درمانی را بر معنای زندگی و سلامت عمومی گروهی از افراد دچار سرطان بررسی کردند و این نوع مداخله را برای کنار آمدن با بیماری سرطان در بین سالمندان موثر دانستند. این نتایج هم‌چنین با پژوهش‌های نظیر پژوهش شیبانی‌تدرجی، پاکدامن و حسن‌زاده‌توکلی (۱۳۸۹)، پورابراهیمی، شفیع‌آبادی و صرامی (۱۳۸۶)، فخار، نوایی‌نژاد و فروغان (۱۳۸۷)، گرمفی، شفیع‌آبادی و ثنایی‌ذاکر (۱۳۸۸)، سودانی، شجاعیان و نیسی (۱۳۹۱) و پژوهش اصغری، علی‌اکبری و دادخواه (۱۳۹۱) همسو بود. از طرف دیگر مکی (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای با موضوع معنویت و سالمندی موفق که شامل سلامت جسمانی، سازگاری، معنای زندگی و سلامت روان‌شناختی سالمندان بود، بین متغیرهای مذکور با معنویت به‌جز معنای زندگی رابطه معناداری پیدا نکرد.

در تبیین این نتایج باید گفت که احتمالاً تفاوت در جامعه آماری و بسته آموزشی می‌تواند یکی از دلایل مهم در وجود این ناهماهنگی باشد. معنا درمانی، رویکردی فلسفی درباره مردم و وجود آن‌ها است که به مضامین و موضوع‌های مهم زندگی مانند معنای رنج، خلا وجودی، مرگ و زندگی، آزادی و مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران، معنایابی و کنار آمدن با مشکلات و وقایع روزمره می‌پردازد (اسدی، شفیع‌آبادی، پناه‌علی و حبیب‌اله‌زاده، ۱۳۹۰) و شاید تمرکز به این موضوع به‌عنوان مسائل اساسی زندگی انسان در موفقیت برنامه درمانی حاضر موثر بوده است. نتایج مشابه با این یافته‌ها را می‌توان در پژوهش‌های دیگری که تا حدودی از نظر جامعه آماری متفاوت هستند نیز مشاهده نمود. به‌عنوان نمونه در پژوهش رضایی، رفاهی و احمدی‌خواه (۱۳۹۱) که اثربخشی معنا درمانی را بر کاهش افسردگی بیماران دچار سرطان بررسی کردند و یا مطالعه رسولی و برجعلی (۱۳۸۹) که این نوع مداخله را در جهت کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به‌نفس بیماران دچار تصلب شرایین چندگانه<sup>۱</sup> به‌کار گرفتند، همگی حاکی از اثربخشی این روش درمانی در کاهش

### 1. multiple sclerosis (MS)

اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی بر.....

علائم بعضی از بیماری‌های روانی و افزایش بهزیستی و سلامت عمومی افراد نیازمند به حمایت‌های ویژه است.

در نتیجه با بررسی این پژوهش‌ها می‌توان دریافت هنگامی که انسان احساس می‌کند وجود و هستی‌اش به یک منبع لایزال پیوند خورده و خود را متکی به چارچوب‌ها و تکیه‌گاه‌های گسترده‌ای مانند مذهب و فلسفه‌ای که برای زندگی کردن انتخاب کرده است، می‌بیند معنی زندگی را در می‌یابد و آن را احساس می‌کند (اورباچ، ۱۳۸۷)؛ آن‌گاه با آرامش بیشتری مشکلات را می‌پذیرد و با آن‌ها کنار می‌آید.

لذا به‌عنوان نتایج کاربردی این پژوهش می‌توان گفت که با توجه به فشارهای روانی متعدد در زندگی سالمندان و فقدان حمایت‌های مکفی در موقعیت‌های متفاوت اجتماعی و با توجه به نتایج این یافته‌ها و یافته‌های پژوهش‌های همسو، به‌نظر می‌رسد استفاده از این روش درمانی و حمایتی می‌تواند گامی موثر در جهت کاهش مشکلات و افزایش سلامت عمومی این گروه از افراد جامعه باشد و از این طریق بر بهزیستی روانی و افزایش عملکرد مناسب آن‌ها تاثیرگذار باشد. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند مورد توجه متخصصین و درمانگران مراکز مشاوره روان‌شناسی، مراکز مراقبت از سالمندان و بیمارستان‌ها و در سطح کلان تصمیم‌گیران بهداشت و سلامت کشور قرار گیرد.

این پژوهش با محدودیت‌های ویژه ای مانند فقدان امکان کنترل بعضی از متغیرهای مزاحم، از جمله شرایط اقتصادی و خانوادگی سالمندان مواجه بود. هم‌چنین از آن‌جا که این مطالعه تنها در یک مرکز توان‌بخشی انجام گرفته است باید در تعمیم نتایج آن احتیاط بیش‌تری کرد. پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی برای سالمندانی که مقیم مراکز توان‌بخشی نیستند و یا به تنهایی زندگی می‌کنند نیز به‌کار گرفته شود.

## منابع

- آرشلو، حمیرا. (۱۳۸۵). بررسی تاثیرات رسانه‌های الکترونیک و محیط‌های مجازی نظیر اینترنت بر هویت و سلامت روان دانشجویان دانشگاه تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.
- اسدی، محسن، شفیع‌آبادی، عبدالله، امیرپناه، علی، و حبیب‌اللهی‌زاده، حسین. (۱۳۹۰). اثر بخشی معنا درمانی گروهی بر کاهش فرسودگی شغلی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶(۲ پیاپی ۲۲): ۶۹-۶۲.
- اصغری، ندا، علی‌اکبری، مهناز، و دادخواه، اصغر. (۱۳۹۱). معنا درمانی به‌عنوان روش توان‌بخشی کاهش افسردگی زن‌های سالمند. مجله مطالعات ناتوانی، ۱(۲): ۳۸-۳۱.

افخم‌رضایی، زهرا، تبریزی، مصطفی، و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقا سلامت زنان. *مجله اندیشه و رفتار*. ۳(۱ پیاپی ۹): ۷۸-۶۹.

اورباچ، آن. (۱۳۸۷). *مشاوره با سالمندان*. ترجمه آناهیتا خدابخشی کولانی. چاپ اول. تهران: انتشارات جنگل. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

برک، لورا. (۱۳۸۸). *روان‌شناسی رشد*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. انتشارات ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

تقی‌پور، ابراهیم، و رسولی، رویا. (۱۳۸۷). تاثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقا معنای زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۲(۴ پیاپی ۸): ۶۸۵-۶۷۳.

پورابراهیم، تقی، اعتمادی، احمد، شفیع‌آبادی، عبدالله، و صرامی، غلامرضا. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر معنادرمانی با مشاوره فردی چند الگویی بر کاهش افسردگی سالمندان ساکن آسایشگاه‌های تهران. *مجله پژوهش‌های مشاوره*. ۶(۲۱): ۶۸-۴۹.

رسولی، لیلی، و برجعلی، احمد. (۱۳۸۹). اثربخشی معنادرمانی به‌شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس بیماران مبتلا به ام اس. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۵(۳): ۵۹-۴۳.

رضایی، آذرصدخت، رفاهی، ژاله، و احمدی‌خواه، محمدعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی به‌شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سزطان. *مجله روش‌ها و مدل‌های شناختی*. ۲(۳): ۳۷-۴۶.

رضایی، هما، و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). اثربخشی معنادرمانی به‌شیوه گروهی در افسردگی بیماران مولتی پل اسکروزویس (ام اس). *مجله پژوهش‌نامه تربیتی*. ۴(۴ پیاپی ۱۶): ۷۱-۵۳.

سودانی، منصور، شجاعیان، منصور، و نیسیف، عبدالکاسم. (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. *مجله علوم‌شناختی و رفتاری*. ۲(۱۱ پیاپی ۲): ۵۴-۴۳.

شیبانی‌تدرجی، فاطمه، پاکدامن، شهلا، حسن‌زاده‌توکلی، محمدرضا. (۱۳۸۹). تاثیر خاطره‌گویی بر میزان افسردگی و احساس تنهایی سالمندان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۴(۱ پیاپی ۱۳): ۳۹-۲۶.

فخار، فرشاد، نوابی‌نژاد، شکوه، و فروغان، مهشید. (۱۳۸۷). تاثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. *مجله سالمند*. ۳(۱ پیاپی ۷): ۶۵-۵۶.

شیبانی‌تدرجی، فاطمه، و پاکدامن، شهلا. (۱۳۸۹). تاثیر موسیقی درمانی، خاطره‌درمانی و انجام فعالیت‌های دلخواه بر کاهش احساس تنهایی سالمندان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۴(۳ پیاپی ۱۵): ۶۸-۵۵.

فرانکل، ویکتور. (۱۳۷۴). *انسان در جستجوی معنا*. ترجمه نهضت صالحیان و مهین میلانی. انتشارات امیر کبیر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۳).

فرانکل، ویکتور. (۱۳۷۴). *انسان در جستجوی معنا*. ترجمه نهضت صالحیان و مهین میلانی. انتشارات امیر کبیر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۳).

فرانکل، ویکتور. (۱۳۷۴). *انسان در جستجوی معنا*. ترجمه نهضت صالحیان و مهین میلانی. انتشارات امیر کبیر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۳).

فرانکل، ویکتور. (۱۳۷۴). *انسان در جستجوی معنا*. ترجمه نهضت صالحیان و مهین میلانی. انتشارات امیر کبیر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۳).

فرانکل، ویکتور. (۱۳۷۴). *انسان در جستجوی معنا*. ترجمه نهضت صالحیان و مهین میلانی. انتشارات امیر کبیر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۳).

اثربخشی گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی بر.....

گرفمی، هاجر، شفیع آبادی، عبدالله، و ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۸۸). اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. ۴(۱) پایب ۱۳: ۳۵-۴۲.

ملکوتی، سید کاظم، میراب زاده، آرش، فتحالهی، پریدخت، صلواتی، مژده، کهالی، شمس الدین، افخم، ابراهیمی، و زندی، طاهر. (۱۳۸۵). بررسی اعتبار، روایی و تحلیل عاملی مقیاس سلامت عمومی در سالمندان ایرانی. *مجله سالمند*. ۱۱(۱): ۲۱-۱۱.

Blazer, D. G. (2010). Protection from depression. *International psychogeriatric*, 22(1):171-173.

Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: Nfe/Nelson.

Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the general health questionnaire*. Windsor: Nfe/Nelson.

Kang, K. A., Im, J. I., Kim, S. J., Song, M. K., & Sim, S. (2009). The effect of logo therapy on the suffering, finding meaning and spiritual well-being of terminal cancer. *Korean Aced Child health nurse*. 15(1): 136-144.

Kessler, E.M. & Staudinger, U.M. (2010). *Emotional resilience & beyond: A synthesis of findings from lifespan psychology and psychopathology*. Cambridge: Cambridge university press.

Lidlaw, K. (2013a). A deficit in psychotherapeutic care for older people with depression and anxiety. *Gerontology*, 59(1): 549-556.

Lidlaw, K. (2013b). *Depression in older people: cognitive behavioral therapy, evidence & practice*. In M. J. Power(Ed), *Mood disorders: A handbook of science and practiv (2<sup>nd</sup> Ed)*, pp. 463-484. Chichester: Wiley.

Maki, D.F. (2005). *Existential therapy*. New York: Free press.

Martin, J. (2004). Suicide ideation in the elderly. *Journal of psychiatric times*. 4(1): 250-281.

Matsuo, M., Negasawa, J., Yoshino, A., Hiramatsu, K., Kurashiki, K. (2003). Efeect of activity participation of the elderly on quality of life. *Yon ago*. 46(1), 17-24.

Pachana, N. A. & Laidlaw, K. (2014). *The Oxford handbook of clinical neuropsychology*. Oxford: university press.

Rebecca, P., & Jigging, O. (2011). Association between caregiving, meaning in life and life satisfaction beyond 50 in an Asian sample. *Social indicators researches*. 108(3): 525-535.

Sadock, B.J., & Sadock, B.J. (2007). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social science research*. 35(1): 1103-1119.

Shah, A., & Scogin, F. (2012). *Evidence based psychological treatments for depression in older adults*. In F. Scogin & A. Shah (eds), *Making evidence based psychological treatments work with older adults* (pp. 87-130). Washington, DC: American Psychological Association.

- Serfaty, M., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., & Murad, S. (2010). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care. *Archives of General psychiatry*, 66(1): 1332-1340.
- Strenberg, R.J. (2012). *The science of wisdom: implication for psychotherapy*. New York: Guilford press.
- United nation population fund and help age international: UNFPA (2013). *Aging in a twenty-first century: A celebration and challenges*. New York: UNFPA.
- World health organization (2012). *Good health adds life to years: Global brief for world health day 2012*. Geneva: WHO.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., StNLEY, m. A., Craske, M. G. (2011). Anxiety disorder in older adults: A comprehensive review. *Depression and anxiety*, 27(1):190-211.

\*\*\*



پرسشنامه سلامت عمومی

نوع عملیات	نوع عملیات	نوع عملیات	نوع عملیات	سوال
خطی	بند	در	بند	
بند	از	حد	از	
حد	حد	معمول	معمول	حد
۴	۳	۲	۱	۱ آیا از یکماه گذشته تا به امروز کاملاً احساس کرده‌اید که خوب و سالم هستید؟
۴	۳	۲	۱	۲ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟
۴	۳	۲	۱	۳ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟
۴	۳	۲	۱	۴ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟
۴	۳	۲	۱	۵ آیا از یکماه گذشته تا به امروز سردرد داشته‌اید؟
۴	۳	۲	۱	۶ آیا از یکماه پیش تا به امروز احساس کرده‌اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته‌اید یا این‌که فشاری به سرتان وارد می‌شود؟
۴	۳	۲	۱	۷ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بعضی وقت‌ها بدن‌تان داغ یا سرد می‌شود؟
۴	۳	۲	۱	۸ آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی‌خوابی شده باشید؟
۴	۳	۲	۱	۹ آیا از یکماه گذشته تا به امروز شب‌ها وسط خواب بیدار می‌شوید؟
۴	۳	۲	۱	۱۰ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که دائماً تحت فشار هستید؟
۴	۳	۲	۱	۱۱ آیا از یکماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده‌اید؟
۴	۳	۲	۱	۱۲ آیا از یکماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع‌کننده‌ای هراسان و یا وحشت‌زده شده‌اید؟
۴	۳	۲	۱	۱۳ آیا از یکماه گذشته تا به امروز متوجه شده‌اید که انجام هرکاری از توانایی شما خارج است؟
۴	۳	۲	۱	۱۴ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟
۴	۳	۲	۱	۱۵ آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانسته‌اید خودتان رامشغول و سرگرم نگه دارید؟
۴	۳	۲	۱	۱۶ آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیش‌تری را صرف انجام کارها نمائید؟
۴	۳	۲	۱	۱۷ آیا از یکماه گذشته تا به امروز به‌طور کلی احساس کرده‌اید که کارها را به‌خوبی انجام می‌دهید؟
۴	۳	۲	۱	۱۸ آیا از یکماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهای‌تان احساس رضایت می‌کنید؟
۴	۳	۲	۱	۱۹ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که نقش مفیدی در انجام کارها برعهده دارید؟
۴	۳	۲	۱	۲۰ آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم‌گیری درباره مسائل را داشته‌اید؟
۴	۳	۲	۱	۲۱ آیا از یکماه گذشته تا به امروز قادر بوده‌اید از فعالیت‌های روزمرگی لذت ببرید؟
۴	۳	۲	۱	۲۲ آیا از یکماه گذشته تا به امروز فکر کرده‌اید که شخص بی‌ارزشی هستید؟
۴	۳	۲	۱	۲۳ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً ناامیدکننده است؟
۴	۳	۲	۱	۲۴ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟
۴	۳	۲	۱	۲۵ آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این مسأله فکر کرده‌اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟
۴	۳	۲	۱	۲۶ آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که چون اعصاب‌تان خراب است نمی‌توانید کاری انجام دهید؟
۴	۳	۲	۱	۲۷ آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده‌اید که ای کاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می‌شدید؟
۴	۳	۲	۱	۲۸ آیا از یکماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهن‌تان رسیده است که بخواهید زندگی‌تان را خاتمه دهید؟

\*\*\*