

◇ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال نهم. شماره ۳۶. تابستان ۱۳۹۷

صفحات: ۲۳-۳۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱۱/۸ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۲/۱۵

اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در زنان سالمند

وحید مصطفی پور*

عبدالله معتمدی**

حسین فرخی***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنادرمانی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در زنان سالمند انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه زنان سالمند شهر بیرجند در سال ۱۳۹۶ بود که از میان آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابزار اندازه‌گیری مقیاس احساس تنهایی راسل، پیلوا و فرگوسن (۱۹۹۸) و اضطراب مرگ کالت-لستر (۱۹۶۹) بود. سالمندان گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله معنادرمانی اندرسون (۲۰۰۷)، بلر (۲۰۰۴) و هوتزل (۲۰۰۲) قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد و یافته‌ها نشان داد معنادرمانی بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ گروه آزمایش اثربخش است و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد ($P < 0/01$)

کلید واژگان: معنادرمانی، احساس تنهایی، اضطراب مرگ، زنان سالمند

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
(vhd.m2207@gmail.com)

** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: a_moatamedy@yahoo.com)

*** دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.
(hossein.farrokhi110@gmail.com)

مقدمه

سالمندی^۱ دوره‌ای از زندگی است که معمولاً از سن ۶۰ سالگی آغاز شده و در آن تغییراتی در شکل و عملکرد اندام‌های درونی و بیرونی بدن رخ می‌دهد. این تغییرات جامع و کلی بیولوژیکی ناشی از افزایش سن و گذشت زمان بوده و به دنبال عوامل محیطی یا بیماری به وجود نیامده و اجتناب‌ناپذیر می‌باشند (پمپل^۲، ۲۰۰۸). توجه به مسائل و نیازهای این مرحله، ضرورتی اجتماعی به شمار می‌رود. در این دوره سیستم‌های مختلف بدن تحلیل می‌رود و در عمل توانایی انسان کاهش می‌یابد (ادیب و آقا حسینی^۳، ۲۰۰۷؛ گلسمر، ریدل، براهler، اسپانگنبرگ و لوپا^۴، ۲۰۱۱).

یکی از مسائل روان‌شناختی شایع دوره‌ی سالمندی اضطراب^۵ است. دوره سالمندی مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانی‌ها می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض اضطراب بیشتری قرار دارند و اضطرابی که شاید بیش از همه شایع باشد اضطراب مرگ^۶ است (برودی و سمل^۷، ۲۰۰۶؛ لانگ و استین^۸، ۲۰۰۱). اضطراب مرگ یک ویژگی مشترک در میان سالمندان است که به معنای ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌شود (روگر، میشل، سو، گیل و جوزف^۹، ۲۰۱۶). اضطراب مرگ مشتمل بر افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی است (واگلا^{۱۰}، ۲۰۱۵). اضطراب مرگ به‌عنوان یک ترس غیرعادی همراه با احساساتی درباره وحشت از مرگ یا دلهره هنگام اندیشیدن به فرایند مردن و موضوعاتی که پس از مرگ اتفاق می‌افتند تعریف می‌شود (رایس^{۱۱}، ۲۰۰۹).

مطالعات نشان داده است که اضطراب مرگ، در دوران میان‌سالی و به‌ویژه در دوران سالمندی، برجسته‌تر است (فونتولاکیس، سایمولی، مگیریا و کاپرینیس^{۱۲}، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اضطراب مرگ در افراد میانسال و سالخورده بیشتر دیده می‌شود (کارتولان و کارارماک^{۱۳}، ۲۰۱۶).

در مطالعه‌ای که در بین دانش‌آموزان دبیرستان و دانشجویان دانشگاه در آمریکا صورت گرفت، مشخص شد که زنان اضطراب مرگ بیشتری نسبت به مردان نشان می‌دهند (پیرس، کوهن، چمبرک و مید^{۱۴}، ۲۰۰۷) نتایج پژوهش روگر و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که سالمندان ترس از مرگ بیشتری در مقایسه با سایر افراد تجربه می‌کنند. همچنین ساینی، پاتیدار، کاور، کاور و کاور^{۱۵} (۲۰۱۶) نشان دادند

۱. Ageing

۲. Pampel

۳. Adib & Aghahoseini

۴. Glaesmer, Riedel, Braehler, Spangenberg & Lupp

۵. Anxiety

۶. Death anxiety

۷. Brody & Semel

۸. Lang & Stein

۹. Roger, Michele, Sue, Gail & Josephine

۱۰. Vaghela

۱۱. Rice

۱۲. Fountoulakis, Siamouli, Magiria & Kaprinis

۱۳. Kurtulan & Kararmak

۱۴. Pires, Cohen, Chamberce & Meade

۱۵. Saini, Patidar, Kaur, Kaur & Kaur

که افراد مبتلا به دردهای مزمن و سالمندان اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می کنند، هم چنین کیم و پارک^۱ (۲۰۱۶) به نتایج مشابهی در سالمندان کره ای دست یافتند و نشان دادند که مداخلات روان شناختی به منظور کاهش اضطراب مرگ برای سالمندان لازم به نظر می رسد. در همین راستا پژوهش های متعددی به عنوان مثال قربانعلی پور و اسماعیلی (۱۳۹۱)، کانگ، کیم، کیم، سونگ و سیم^۲ (۲۰۰۹)، لادا، ساحانا، ماریلا، سوبانایا و آشا^۳ (۲۰۱۳)، آردلت^۴ (۲۰۰۸) نشان داده اند که معنادرمانی به عنوان یک مداخله بر کاهش اضطراب مرگ مؤثر بوده است.

یکی دیگر از مشکلاتی که سالمندان با آن در دوره سالمندی روبه رو هستند، پدیده ای به نام احساس تنهایی^۵ می باشد. با افزایش سن، به ویژه با نزدیک شدن به دوره سالمندی، مجموعه تغییراتی از این دست به وقوع می پیوندد: مرگ نزدیکان، از دست دادن قدرت، اهداف زندگی، مهارت های جسمانی و موقعیت اجتماعی. تغییرات ذکر شده در مسائل خاص این دوره تحولی به وجود می آورد که به توجه ویژه ای نیاز دارد. مجموعه این تغییرات و نزدیک شدن به روزهای پایانی زندگی و مرگ، فشارهای خاصی بر افراد سالمند تحمیل می کند. از این میان فشارهای ناشی از افسردگی و احساس تنهایی چشمگیرتر است و این دو ارتباط تنگاتنگی باهم دارند (شیبانی، پاکدامن و حسن زاده توکلی^۶، ۲۰۱۰).

احساس تنهایی سالمندان یکی از مشکلات روانی و اجتماعی است که کم تر به آن توجه شده است. کاهش قوای جسمی و سلامتی و فوت نزدیکان، سالمندان را در خطر انزوا قرار می دهد و تنهایی در اواخر عمر برای بسیاری از آنان ناخوشایند و فرساینده است (ویلن، هیتز، میشل فلتز و ویلن^۷، ۲۰۱۶). احساس تنهایی یکی از نشانه های افسردگی و عامل ایجاد آسیب های روان شناختی در سالمندان است. از نگاه سالمندان این مسئله به دلایل مختلف از قبیل نقص های جسمی و از دست دادن نزدیکان و کم رنگ شدن ارتباطات تجربه می شود (شیبانی و همکاران، ۲۰۱۰). شواهد نشان می دهد پدیده ای احساس تنهایی در سالمندان پدیده ای گسترده و فراگیر است و در ۲۵ تا ۵۰ درصد از جمعیت بالای ۵۶ سال بر حسب سن و جنس تأثیر می گذارد (حسن اوغلو، ییلدیریم و کاراکورت^۸، ۲۰۱۱).

مروری بر شواهد موجود در خصوص احساس تنهایی سالمندان نشان می دهد که احساس تنهایی، منشأ بسیاری از حالات نامتعادل روانی سالمندان از قبیل افسردگی، خودکشی و یاس شدید است (آدامز، ساندرز و آث^۹، ۲۰۰۴ و مایکینز و وایت^{۱۰}، ۲۰۰۱). پژوهش ها نشان داده اند که احساس تنهایی مقدمه افسردگی و فراموشی است (تیلویس، پیتکالا، جالکنن و استرانبرگ^{۱۱}، ۲۰۰۰؛ مایکینز و وایت، ۲۰۰۷) و ادامه حیات را تحت تأثیر قرار می دهد (روتاسالو، ساویکو، تیلویس، استرانبرگ و پیتکالا^{۱۲}، ۲۰۰۶).

۱. Kim & Park

۲. Kang, Kim, Kim, Song & Sim

۳. Latha, Sahana, Mareilla, Subbannayya & Asha

۴. Ardelt

۵. Loneliness feeling

۶. Sheibani, Pakdaman & Hassanzadeh Tavakoli

۷. Whelen, Heather, Michelle Feltz & Whelen

۸. Hasasanoglu, Yildirim & Karakurt

۹. Adams, Sanders & Auth

۱۰. McInnis & White

۱۱. Tilvis, Pitkala, Jolkkonen & Strandberg

۱۲. Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, & Pitkala

همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین احساس تنهایی سالمندان و سلامت جسمانی و روانی آنان رابطه‌ی منفی وجود دارد (آلپاس و نویل^۱، ۲۰۰۳).

با توجه به مطالب گفته‌شده و برای کاهش این مشکلات و مشکلات روانی سالمندان در زمینه‌ی بهداشت روان، خدمات حرفه‌ای متنوعی وجود دارد. این خدمات طیفی از درمان‌های روان‌پزشکی تا روان‌درمانی‌های گروهی و فردی را شامل می‌شود که از جمله آن‌ها می‌توان به معنادرمانی^۲ گروهی اشاره کرد (اصغری، علی‌اکبری و دادخواه^۳، ۲۰۱۲). گروه‌درمانی سالمندان فرصتی برای حمایت متقابل و کمک به بیمار در زمینه مدارا کردن با استرس و منابع کاهنده زندگی است. این روش درمانی می‌تواند به افراد مسن کمک کند تا معنایی در زندگی خود بیابند و در پناه حمایت‌های اجتماعی به دست آمده باغم و اندوه، کمبودها، بیماری‌های مزمن و مرگ سازگار شوند. گروه‌درمانی فرصتی را برای رویارویی با موضوعات ملاحظه شده در طول زندگی و پاسخ‌دهی مناسب به آن‌ها فراهم می‌کند (زنجیران، برجلی و کراسکیان^۴، ۲۰۱۵).

معنادرمانی از جمله روش‌های درمانی مؤثر به شمار می‌آید که در قالب کار گروهی امکان‌پذیر است. این روش که جزء رویکردهای وجودی^۵ محسوب می‌شود، می‌تواند ساختار مفهومی را آماده کند تا به مراجعان برای یافتن معنی زندگی کمک کند (یالوم^۶، ۲۰۰۵). معنادرمانی بر سه واقعیت اساسی وجود انسان تأکید دارد: اختیار و اراده افراد در برابر مفهوم زندگی؛ وجود حکمت در گرفتاری و مصیبت؛ وجود آزادی اراده (محمدی، دکانی فرد و حیدری^۷، ۲۰۱۴). این شیوه روی چهار علاقه‌ی مهم که ریشه در هستی انسان دارد، تأکید می‌کند. مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی (پور ابراهیم، اعتمادی، شفیع‌آبادی و صرامی، ۱۳۸۶). این روش فرد را در یافتن معنای زندگی یاری می‌دهد (پروچاسکا و نورکراس^۸، ۱۹۹۹؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۱).

در تعدادی از پژوهش‌های مشابه اثربخشی مداخله معنادرمانی نشان داده شده است. سودانی، شجاعیان و نیسی^۹ (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته نشان دادند که معنادرمانی در کاهش احساس تنهایی مردان بازنشسته مؤثر است.

نتایج مطالعه اصغری، علی‌اکبری و دادخواه (۱۳۹۱)، با ۲۰ نفر از سالمندان زن نشان داد که معنادرمانی گروهی به عنوان روش توان‌بخشی در بهبود افسردگی سالمندان تأثیر بسزایی دارد. پژوهش اسپیک، نوکلیک، سوئیپرس و پپ^{۱۰} (۲۰۰۸)، در خصوص مقایسه معنادرمانی حضوری و معنادرمانی اینترنتی غیرحضوری در کاهش افسردگی ۱۳۰ سالمند نشان داد افسردگی در هر دو گروه کاهش قابل ملاحظه‌ای

۱. Alpass & Neville

۲. Logotherapy

۳. Asghari, Ali Akbari & Dadkhah

۴. Zanjiran, Borjali & Kraskian

۵. Existentialism approach

۶. Yalom

۷. Mohammadi, Dokanei Fard & Heidari

۸. Prochaska & Norcross

۹. Sodani, Shojaeyan & Neysi

۱۰. Speke, Nyklicek, Cuijpers & Pop

داشته است، اما اثربخشی معنادرمانی گروهی حضوری بیشتر بوده است. مطالعه‌ی کوئینگ^۱ (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که داشتن معنا یا هدف در زندگی ارتباط مثبتی با عوامل روان‌شناختی دارد و منجر به سازگاری سالمندان، رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و دلیل زنده ماندن در آن‌ها می‌شود. ربکا و جیاکینگ^۲ (۲۰۱۲) در بررسی رابطه معنا در رضایت از زندگی و کیفیت زندگی ۵۱۹ سالمند دریافتند که داشتن معنا در زندگی با افزایش خوشنودی و رضایت و کیفیت زندگی رابطه دارد. مورگان^۳ (۲۰۱۵) پژوهشی در زمینه اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی سالمندان انجام داد. یافته‌های مطالعه او نشان داد که معنادرمانی با تأکید بر "لحظه" و نه بر آینده، زمینه‌ی درمان امیدبخش را در سالمندان به وجود می‌آورد. به‌طور کلی داشتن معنا در زندگی در افزایش سلامت روانی انسان و بهبود کیفیت زندگی و مقابله مؤثر با حوادث و رویدادهای زندگی نقش مهمی دارد. روش فرانکل^۴ (۱۹۶۳) در برخورد با شرایط ناتوان‌کننده و رنج‌آور و ایجاد معنا در زندگی مؤثر است. با توجه به مطالب گفته‌شده و تحقیقات محدودی که در زمینه احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ زنان سالمند شهر بیرجند انجام شده است.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه سالمندان زن شهر بیرجند در سال ۱۳۹۶ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از انتخاب یکی از محله‌های شهر بیرجند، از سالمندان زن که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، تعداد ۳۰ زن سالمند دارای معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مداخله عبارت بودند از: قرار داشتن در بازه سنی ۶۰ تا ۷۵ سال، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، کسب نمره بالاتر یا برابر با نقطه‌ی برش در پرسشنامه‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ، مؤنث بودن، نداشتن مشکلات ارتباطی مانند اختلال تکلم یا مشکل شنوایی اصلاح‌نشده، نداشتن بیماری‌های شدید جسمانی، استفاده نکردن از هر نوع داروی اعصاب و روان در زمان پژوهش، مبتلا نبودن به اختلال شناختی، تمایل به شرکت در پژوهش. هم‌چنین ملاک‌های خروج سالمندان شامل؛ عدم تمایل به ادامه‌ی مداخله و عدم مشارکت و همکاری در فرآیند اجرای مداخله و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل: اطمینان به شرکت‌کنندگان درباره‌ی محفوظ بودن اطلاعات گرفته‌شده، اختیار تام برای خروج از پژوهش در هر زمان توسط شرکت‌کنندگان، اجرای مداخله معنادرمانی بر روی گروه کنترل پس از پایان جلسات مداخله‌ای، تکمیل پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و با استفاده از کد، قرار گرفتن نتایج آزمون در اختیار آزمودنی‌ها در صورت تمایل بود.

۱. Koenig

۲. Rebecca & Jiaqing

۳. Morgan

۴. Frankel

روش اجرا

بعد از تعیین محله و انتخاب نمونه ابتدا مقیاس احساس تنهایی و اضطراب مرگ توسط کلیه سالمندان تکمیل شد. از بین سالمندانی که نمره‌ی برابر یا بالاتر از نقطه‌ی برش در مقیاس‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ کسب کرده بودند، ۳۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. محتوای جلسات پژوهش حاضر با تکیه بر اصول و فنون معنادرمانی و در چارچوب طرح درمانی اندرسون^۱ (۲۰۰۷)، بلر^۲ (۲۰۰۴) و هوتزل^۳ (۲۰۰۲)، در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی گردید و بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در هر جلسه ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح می‌گردید و اعضای گروه با تفکر، بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب می‌پرداختند. در پایان مداخله هر دو گروه برای به دست آمدن نمرات پس‌آزمون، مجدداً به مقیاس‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ پاسخ دادند. اطلاعات حاصل با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. خلاصه‌ی جلسات معنادرمانی در جدول شماره (۱) آمده است.

جدول ۱. خلاصه‌ی ساختار و محتوای جلسات معنادرمانی بر اساس چارچوب طرح درمانی اندرسون، بلر و هوتزل

جلسه اول	معرفی (معرفی شرکت کنندگان - ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد معنادرمانی - پرسش‌های مرتبط با معنادرمانی - تمرین گروهی آنچه می‌خواهم باشم - فن آگاهی از ارزش‌ها - تکلیف خانه - کمک فردی شامل انجام تکالیف و پرسیدن سؤال)
جلسه دوم	شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های خلاق) (بحث در مورد پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه - توزیع برگه ارزش‌ها - تمرین گروهی دستاوردهای ارضاکننده - تکلیف خانه - کمک فردی شامل انجام تکالیف و پرسیدن سؤال)
جلسه سوم	شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های تجربی) (بحث در مورد پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه - تمرین گروهی مردم و افراد مثبت و نمایش‌های هنری - بحث درباره استقلال در برابر وابستگی - تکلیف خانه - کمک فردی شامل انجام تکالیف و پرسیدن سؤال)
جلسه چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های نگرشی) (بحث در مورد پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه - تمرین گروهی گفته‌های حکیمانه و آگهی فوت من - تکلیف خانه - کمک فردی شامل انجام تکالیف و پرسیدن سؤال)
جلسه پنجم	تمرکز بر اهداف (بحث در مورد پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه - گسترش سلسله‌مراتب ارزش‌ها - تمرین گروهی تعیین هدف‌ها و دیدگاه‌های متفاوت نسبت به اهداف - بحث گروهی در مورد تمرین اهداف کامل شده - کمک فردی شامل انجام تکالیف و پرسیدن سؤال)
جلسه ششم	متناسب کردن اهداف با ارزش‌ها (بحث در مورد پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه - تحلیل اهداف کوتاه‌مدت، متوسط و بلندمدت برای متناسب کردن ارزش‌های شخصی - اهمیت تجربه شدن تمامی ارزش‌های فرد توسط او - تکلیف خانه - کمک فردی شامل انجام تکالیف و پرسیدن سؤال)
جلسه هفتم	تعیین اهداف جدید (بحث در مورد پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه - تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های رهاشده‌ی کوتاه‌مدت، متوسط و بلندمدت - بحث در مورد هدف‌های جدید - تعیین اهداف کوتاه‌مدت، متوسط و بلندمدت - کمک فردی شامل انجام تکالیف و پرسیدن سؤال)
جلسه هشتم	برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف (بحث گروهی در مورد نتایج تکلیف خانه - طرح دستیابی به هدف کوتاه‌مدت، متوسط و بلندمدت - بحث به منظور برنامه‌ریزی به منظور تحقق اهداف - تکلیف خانه شامل نوشتن طرح دستیابی به هدف ارائه‌شده و نوشتن قسمت اول سناریوی زندگی خویش - کمک فردی شامل انجام تکالیف و پرسیدن سؤال)

۱. Anderson

۲. Blair

۳. Hutzell

جلسه نهم	تحلیل وضعیت جاری (بحث در مورد سه هدف طراحی شده- تمرین گروهی محاسن و معایب- بحث در مورد تغییر و تعدیل محاسن و معایب- تکلیف خانه شامل توصیف محاسن و معایب و وارد کردن آن‌ها در طرح برنامه‌های فرد و نوشتن قسمت دوم سناریوی زندگی خویش- کمک فردی شامل انجام تکالیف و پرسیدن سؤال)
جلسه دهم	خلاصه و نقد (ارائه مثال در مورد چگونگی وارد کردن محاسن و معایب در طرح‌ها- اظهارنظر درباره خط سیر گروه- بحث گروهی درباره تغییرات حاصل شده به واسطه شرکت در جلسات- اجرای پس آزمون- نقد اعضای گروه و روند گروهی- ارائه یادبود به اعضا- پایان

ابزار سنجش

الف) مقیاس احساس تنهایی راسل: مقیاس احساس تنهایی توسط راسل، پیلوا و فرگوسن^۱ در سال ۱۹۹۸ ساخته شد و دارای ۲۰ سؤال است که خواننده باید به هریک از پرسش‌ها روی مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای شامل "هرگز" (نمره ۱)، "به ندرت" (نمره ۲)، "گاهی" (نمره ۳) و "اغلب" (نمره ۴) پاسخ دهد. دامنه نمرات این آزمون، از ۲۰ تا ۸۰ می‌باشد. مقیاس تنهایی UCLA نخستین بار توسط راسل و فرگوسن تدوین شد که بعد از سه بار ویرایش، نسخه نهایی این مقیاس در چهار گروه دانشجویان، پرستاران، معلمان و افراد سالمند، و به شیوه‌های مختلفی از قبیل خود گزارشی و مصاحبه اجرا شده و دامنه‌ی آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. در افراد مسن، یک سال بعد باز آزمون انجام شده است و همبستگی آزمون- باز آزمون ۰/۷۳ به دست آمده است که رضایت بخش می‌باشد. داور پناه (به نقل از قاسم‌زاده، ۱۳۸۰) این مقیاس را به فارسی ترجمه کرد و به آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برای این مقیاس دست یافت. هم‌چنین از تحلیل عاملی مقیاس، چهار عامل انزوا، اجتماعی بودن، نداشتن فردی صمیمی و نداشتن احساس تنهایی را به دست آورد که بر روی هم، ۴۴/۲ درصد واریانس نمره‌ی تنهایی را تبیین می‌کردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد.

ب) مقیاس اضطراب مرگ کالت- لسترو: کالت و لستر فرم ابتدایی این مقیاس را در سال ۱۹۶۹ طراحی کردند. مقیاس بازنگری شده‌ی اضطراب مرگ کالت- لستر، ابزار خود سنجی برای اندازه‌گیری میزان ترس و اضطراب مربوط به مرگ است. این مقیاس، حاوی ۳۲ گویه در ۴ مقیاس فرعی است. این ۴ مقیاس عبارت‌اند از مرگ خود، مردن خود، مرگ دیگران و مردن دیگران. هر مقیاس فرعی ۸ گویه دارد که بر مبنای معیار درجه‌بندی لیکرت، از یک (بی‌اهمیت) تا پنج (خیلی زیاد) نمره‌گذاری شده است. دامنه‌ی نمره‌ها برای هر مقیاس فرعی، بین ۸ تا ۴۰ امتیاز و در کل، بین ۳۲ تا ۱۶۰ امتیاز است (نادری و اسماعیلی، ۲۰۰۹). در ایران نیز برای اولین بار طی پژوهشی، نادری و اسماعیلی (۱۳۸۸) این مقیاس را روی نمونه ۲۰۰ نفری از دانشجویان اجرا کردند که ضریب اعتبار آن از طریق همبسته کردن با مقیاس اضطراب مرگ تمپلر^۴ (۱۹۷۰) ۰/۵۷ در سطح معنی داری $P < ۰/۰۰۱$ به دست آمد و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه و به ترتیب ضرایب ۰/۸۹ و ۰/۶۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۱. the UCLA loneliness scale
 ۲. Russell, Peplau & Ferguson
 ۳. Collett-Lester fear of death scale (CL-FODS)
 ۴. Templer Death Anxiety Scale (DAS)

یافته‌ها

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در زنان سالمند شهر بیرجند بود که اطلاعات توصیفی نمرات احساس تنهایی و اضطراب مرگ در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل، نتایج مربوط به کوواریانس معنادرمانی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها، در این بخش ارائه می‌شود.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خانوادگی	آزمایش	۰/۴۸	۱/۵۵	۰/۴۱	۱/۴۹
	کنترل	۰/۴۳	۱/۷۵	۰/۳۹	۱/۶۸
احساس تنهایی	آزمایش	۰/۳۶	۱/۷۸	۰/۲۶	۱/۶۶
	کنترل	۰/۴۸	۲/۲۵	۰/۴۶	۲/۱۱
دوستان	آزمایش	۰/۶۱	۲/۴۶	۰/۴۵	۲/۱۲
	کنترل	۰/۵۱	۳/۰۲	۰/۴۹	۳/۱۵
مرگ خود	آزمایش	۰/۴۳	۱/۲۸	۰/۳۴	۲/۵۵
	کنترل	۰/۴۴	۲/۰۴	۰/۴۶	۲/۱۱
مردن خود	آزمایش	۰/۳۹	۱/۳۴	۰/۳۱	۲/۳۳
	کنترل	۰/۳۷	۱/۶۲	۰/۳۵	۱/۶۴
اضطراب مرگ	آزمایش	۰/۵۵	۱/۳۳	۰/۴۱	۲/۷۱
	کنترل	۰/۲۲	۱/۲۶	۰/۲۶	۱/۳۳
مرگ دیگران	آزمایش	۰/۳۶	۱/۸۳	۰/۴۵	۲/۸۶
	کنترل	۰/۳۹	۲/۱۱	۰/۴۱	۲/۲۵

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره‌های خرده‌مقیاس‌های احساس تنهایی در گروه آزمایش و کنترل، حاکی از این است که میانگین نمره‌های پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های احساس تنهایی گروه آزمایش در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است، اما در گروه کنترل میانگین‌ها زیاد تغییر پیدا نکرده است.

هم‌چنین میانگین و انحراف معیار نمره‌های خرده‌مقیاس‌های اضطراب مرگ در گروه آزمایش و کنترل، حاکی از این است که میانگین نمره‌های پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های اضطراب مرگ گروه آزمایش در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است، اما در گروه کنترل میانگین‌ها زیاد تغییر پیدا نکرده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری اثربخشی معنادرمانی بر احساس تنهایی

خرده مقیاس	منابع تغییر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری
خانوادگی	پیش آزمون	۳/۲۲	۳/۲۲	۷۵/۲۹	۰/۲۶	۰/۹۱
	گروه	۱۸۱۰/۴۸	۱۸۱۰/۴۸	۱۹۵/۰۵	۰/۳۸	۰/۸۸
عاطفی	پیش آزمون	۰/۸۶	۰/۸۶	۵۶/۱۴	۰/۲۲	۰/۶۶
	گروه	۱۴۷۵/۳	۱۴۷۵/۳	۱۸۸/۲۹	۰/۶۴	۰/۸۷
دوستان	پیش آزمون	۱/۶۱	۱/۶۱	۵۹/۱۴	۰/۲۲	۰/۷۸
	گروه	۶۱۲/۳۸	۶۱۲/۳۸	۱۰۵/۸۹	۰/۴۸	۰/۸۶

(درجه آزادی=۱، سطح معناداری=۰/۰۱)

با توجه به نتایج جدول ۳، تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱، در خرده مقیاس‌های متغیر احساس تنهایی معنادار است. بنابراین فرضیه‌ی اثربخشی معنادرمانی بر احساس تنهایی زنان سالمند مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ

خرده مقیاس	منابع تغییر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری
مرگ خود	پیش آزمون	۷۹۱/۰۵	۷۹۱/۰۵	۹۷/۰۵	۰/۹۳	۰/۹۲
	گروه	۱۶۶/۶۵	۱۶۶/۶۵	۹۱/۸۷	۰/۸۷	۰/۷۸
مردن خود	پیش آزمون	۴۵۲/۵۵	۴۵۲/۵۵	۱/۶۸	۰/۸۲	۰/۸۵
	گروه	۳۳۲/۶۶	۳۳۲/۶۶	۱۸/۹۱	۰/۷۷	۰/۶۶
مرگ دیگران	پیش آزمون	۷۸۸/۶۷	۷۸۸/۶۷	۸۰/۱۴	۰/۷۵	۰/۷۲
	گروه	۴۴۷/۶۷	۴۴۷/۶۷	۶۸/۲۱	۰/۷۲	۰/۸۱
مردن دیگران	پیش آزمون	۲۳۸/۳۵	۲۳۸/۳۵	۸/۳۵	۰/۵۵	۰/۵۸
	گروه	۲۳۵/۳۵	۲۳۵/۳۵	۳/۷۳	۰/۳۴	۰/۸۳

(درجه آزادی=۱، سطح معناداری=۰/۰۱)

همان‌طور که در جدول ۴، مشاهده می‌شود تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های اضطراب مرگ بعد از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، در سطح آلفای ۰/۰۱، معنادار است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ سالمندان و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان اضطراب مرگ در پس آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی معنادرمانی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ زنان سالمند می‌باشد. نتایج به دست آمده از اطلاعات گردآوری شده و تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که فرضیه اول و دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی معنادرمانی بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ، تأیید می‌شود و معنادرمانی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان زن پژوهش حاضر مؤثر است.

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین زنان سالمند گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیر احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، معنادرمانی با توجه به میانگین خرده‌مقیاس‌های احساس تنهایی در زنان سالمند گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، باعث کاهش احساس تنهایی در زنان گروه آزمایش شد. در نتیجه فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. به بیان دیگر اجرای مداخله معنادرمانی باعث کاهش معنادار در زیرمقیاس‌های احساس تنهایی ناشی از روابط خانوادگی و احساس تنهایی ناشی از دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی شده است.

این یافته‌ی پژوهش با نتایج پژوهش‌های، سودانی و همکاران (۲۰۱۲)، زنجیران، برجعلی و کراسکیان (۲۰۱۵) کوئینگ (۲۰۱۱)، ریکا و جیا کینگ (۲۰۱۲) و مورگان (۲۰۱۳) که حاکی از کاهش احساس تنهایی سالمندان در اثر مداخله معنادرمانی می‌باشد، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های فوق، در تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی سالمندان زن پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که تمایل به صمیمیت بین فردی با هر انسانی از زمان تولد تا مرگ وجود دارد و هیچ انسانی نیست که به دلیل از دست دادن آن مورد تهدید قرار نگیرد. به اعتقاد هنریش و گالن^۱ (۲۰۰۶) هسته اصلی بیشتر اختلالات عاطفی، احساس انزوا و تنهایی است. که این امر به خصوص در افراد سالمند نمود بیشتری دارد. معنادرمانی گروهی سالمندان فرصتی برای حمایت متقابل و کمک به آن‌ها برای مدارا کردن با استرس و منابع کاهنده‌ی زندگی است. اعضای گروه در زمان از دست دادن دوستان قدیمی طعم رفاقت‌های تازه‌ای را می‌چشند و فرصتی تازه پیدا می‌کنند تا به یکدیگر کمک کنند و احترام و اعتماد به نفسشان را افزایش دهند (فخار نوابی نژاد و فروغان، ۱۳۸۷). بر این اساس معنادرمانی گروهی می‌تواند به افراد مسن کمک کند تا معنایی جدید در زندگی خود پیدا کنند و در پناه حمایت‌های اجتماعی به دست آمده با غم و اندوه، بیماری‌های مزمن، کمبودها و در نهایت با مرگ سازگار شوند (زنجیران و همکاران، ۲۰۱۵). معنادرمانی به سالمندان کمک می‌کند مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. سالمندان متوجه می‌شوند که رنج و دوری از فرزندان، مشکلات جسمانی و بیماری‌ها اجتناب‌ناپذیر است و با تغییر شیوه‌ی نگرش و طرز برخوردشان با مشکل و تحمل سختی‌ها، با معنا دادن به رنج‌ها و دردها بر از دست‌رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذرا بودن زندگی و وقت، توان خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی کنند. می‌توان گفت معنادرمانی آگاهی و درک جدیدتر و عمیق‌تری برای سالمندان ایجاد می‌کند، آنان را ترغیب می‌کند که امیدوارانه و با انگیزه‌تر به زندگی خود ادامه دهند. علاوه بر این، تغییرات جسمانی که سالمندان با آن روبه‌رو می‌شوند در تصورشان از خود اختلالاتی ایجاد می‌کند و ارتباطات سالمندان را با دیگران محدود می‌کند. با انتخاب اهداف ارزشمند و طرحی برای دستیابی به آن برای برانگیختن حس شهامت و خیرخواهی، اعتماد به نفس، خودپذیری و ایجاد سازگاری

۱. Henrich & Gullone

می توان تصویر ذهنی جدید و موفقیت آمیزی را به وجود آورد که این امر را می توان با معنادرمانی ارزیابی کرد (قدرتی، ۲۰۱۰).

هم چنین یکی دیگر از یافته های پژوهش این بود که، بین زنان سالمند گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیر اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، معنادرمانی با توجه به میانگین خرده مقیاس های اضطراب مرگ در زنان سالمند گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، باعث کاهش اضطراب مرگ در زنان گروه آزمایش شد.

یافته های فوق با نتایج پژوهش قربانعلی پور و اسماعیلی (۱۳۹۱)، کانگ و همکاران (۲۰۰۹)، کیم و پارک (۲۰۱۶)، لادا و همکاران (۲۰۱۳)، آردلت (۲۰۰۸) که حاکی از کاهش اضطراب مرگ سالمندان در اثر مداخله معنادرمانی می باشد همسو است.

در تبیین یافته های فوق، در تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ سالمندان زن پژوهش حاضر می توان گفت که معنایابی، به زندگی مفهوم واقعی می بخشد. معنایابی تلاش و مبارزه انسان جهت نیل به یک آرمان یا ارزش و در نهایت تلاش برای دستیابی به معنای زندگی است (اولریچو، ۲۰۱۲). معنادرمانی با تکیه بر افزایش امید و ایجاد معنا در زندگی افراد تلاش می کند تا سبک زندگی افرادی را که دچار بحران در زندگی هستند تغییر دهد (تارا، بهاری پور و حمیدی پور، ۱۳۹۴). یکی از مسائلی که بیشترین اضطراب را در سالمندان ایجاد می کند، مرگ است (می و یالوم، ۲۰۰۰). افرادی که با پدیده هولناک مرگ مواجه می شوند، معنادرمانی می تواند یک شجاعت باورنکردنی نسبت به مرگ برای آن ها فراهم کند و معنای زندگی را به آن ها هدیه می دهد (کانگ و همکاران، ۲۰۰۹). معنادرمانی به سالمندان کمک می کند با واقعیت مرگ روبه رو شوند. آگاهی از مرگ، حسن مسئولیت پذیری افراد را نسبت به زندگی افزایش می دهد. در نتیجه افراد به آگاهی از موضوع مرگ خود تمام تلاششان را در قبال مسئولیتی که در ازای تمام لحظات زندگی دارند، به کار می گیرند. هم چنین آگاهی از مرگ شوقمندی در رویارویی با فعالیت های مخاطره برانگیز را افزایش می دهد (قربانعلی پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱). در مداخله گروهی معنادرمانی اصل پذیرش مسئولیت اهمیت خاصی دارد. سالمند با حس مسئولیت احساس می کند که کنترل اوضاع زندگی از دستش خارج نشده است و می تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت هایی کنترل اوضاع را در دست داشته باشد. احساس حاکمیت و تسلط بر امور زندگی و تغییر کنترل درونی، به کنترل درونی ناامیدی و یأس در رسیدن به خواسته ها در فرد می انجامد و باعث کاهش اضطراب مرگ در او می شود. در این پژوهش سعی شد در جریان مداخله، هر یک از اعضای تحت مداخله نسبت به ابعاد مختلف تعارض ذهنی خود در مورد مرگ، بینش دقیقی پیدا کنند. در مرحله ی بعد با ارائه ی شواهدی عینی و واقع بینانه از افرادی که جنبه ی ماورایی مرگ را تجربه کرده و برای آن ها ثابت شده است که مرگ پایان مطلق زندگی نیست، به اعضا کمک شد تا نگرش خود را به مقوله ی مرگ دوباره ارزیابی و سازماندهی کنند، به گونه ای که مرگ را پایان زندگی در نظر نگیرند. بر اساس نتایج پژوهش نیز چنین پیشی به مرگ تا حد زیادی از اضطراب مرگ می کاهشد. زیرا در این صورت مرگ مهم ترین تهدید علیه مهم ترین دارایی انسان یعنی زندگی و هستی قلمداد نمی شود.

۱. Ghodrati

۲. Ulrichová

۳. May & Yalom

منابع

- اصغری، ندا، علی اکبری، مهناز، و دادخواه، اصغر. (۱۳۹۱). معنادرمانی گروهی به عنوان روش توانبخشی کاهش افسردگی زنان سالمند. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱ (۲): ۳۸-۳۱.
- پروچاسکا، جیمز، و نور کراس، جان. (۱۹۹۹). نظریه‌های روانی درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: انتشارات رشد. (۱۳۸۱).
- پور ابراهیم، تقی، اعتمادی، احمد، شفیع آبادی، عبدالله، و صرامی، غلامرضا. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی با مشاوره فردی چند الگویی بر کاهش افسردگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های تهران. *تازه‌های پژوهش‌های مشاوره*، ۶ (۲۱): ۴۹-۶۸.
- تارا، فاطمه، بهاری پور، فرشاد، و حمیدی پور، رحیم. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر میزان امید و سلامت عمومی بیماران دیالیزی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳ (۲): ۲۸۸-۲۹۹.
- زحمتکشان، نسرین، باقرزاده، راضیه، اکابریان، شرافت، یزدان خواه فرد، محمدرضا، میرزایی، کامران، یزدان پناه، سیامک، و همکاران. (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۲ (۵): ۲۵۳-۲۵۸.
- فخار، فرشاد، نوایی نژاد، شکوه، و فروغان، مهشید. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. *مجله‌ی سالمندی ایران*، ۳ (۷): ۵۸-۶۷.
- قاسم‌زاده، لیلی. (۱۳۸۵). احساس تنهایی، عزت‌نفس و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به استفاده آسیب‌شناختی از اینترنت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته‌ی روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.
- قربان علی پور، مسعود، و اسماعیلی، علی. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳ (۹): ۵۳-۶۸.
- نادری، فرح، و اسماعیلی، الهه. (۱۳۸۸). رابطه‌ی اضطراب مرگ و اندیشه پردازای خودکشی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. یافته‌های روان‌شناسی، ۹ (۱۸)، ۳۰۸-۳۱۳.
- Adams, K., Sanders, S., & Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging and Mental Health*, 8(6): 475-85.
- Adib-Hajbagheri, M., & Aghahoseini S. (2007). The evaluation of disability and its related factors among the elderly population in Kashan, Iran. *Iranian Journal of Aging*, 3(8): 547-555. (Persian).
- Alpass, F.M., & Neville, S. (2003). Loneliness, Health and Depression in older males. *Aging & Ment health*, 7(3):212-216.
- Anderson, A. (2007). Logotherapy and spirituality, Available at <http://www.Worshapers.org.uk>, Retrieved 8/3/2007.
- Asghari, N., Ali Akbari M., Dadkhah A. (2012). The effects of group logotherapy on decreasing the degree of depression in female olds. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 2(1):31-38.
- Ardel, M. (2008). Wisdom, religiosity, purpose in life and attitudes toward death, *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 2(10):1-10.

- Blair, R.G. (2004). Loneliness in Elderly people. School of Sociology. University of Granada. In Press.
- Brody, C. M., & Semel, V. G. (2006). Strategies for Therapy with the Elderly (2nd ed.). New York: Springer.
- Collett, L. J. & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72(2): 179-181..
- Frankl, V. (1963). *Man's Search for Meaning*. Translation Movement: Salehian and Milani-Tehran: Dorsa.. (2005)
- Fountoulakis, K. N., Siamouli, M., Magiria, S., & Kaprinis, G. (2008). Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical hypotheses*, 70(3): 493-496.
- Glaesmer, H., Riedel-Heller, S., Braehler, E., Spangenberg, L., Luppá, M. (2011). Age and genderspecific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics*. 23(08): 294-300.
- Ghodrati, S. (2010). The Effect of group therapy on the basis of frankl theory on general health improvement in patients with multiple sclerosis. [MA thesis]. Tehran: Allame Tabataba'i University.
- Hasanoglu R, Yildirim A, Karakurt P. (2011). Loneliness in elderly individuals, level of dependence inactivities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 54(1):61-66. doi:10.1016/j.archger.03.011.
- Henrich, L.M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(1): 695-718.
- Hutzell, R .R. (2002). A general course of group logoanalysis. *Joernaal/Journal of Viktor Frankl Foundation of South Africa*, 7, 15-26.
- Kim, S., & Park, K. S. (2016). A MetaAnalysis on Variables related to Death Anxiety of Elderly in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing*, 28(2): 156-168.
- Kang, K. A., Im, J .I., Kim, H. S., Kim, S. J., Song, M. K., & Sim, S. (2009). The effect of logo therapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of adolescents with terminal cancer. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, 15(2): 136-144.
- Koenig, H. G. (2011). Definitions, in *Spirituality and Health Research: Methods, Measurement, Statistics, and ReSources*. Templeton Foundation press, Philadelphia, Pa, USA, pp. 193-206.
- Kurtulan, M. & Kararmak, O. (2016). Examination of the Relationship among Death Anxiety, Spirituality, Religious Orientation and Existential Anxiety. *Spiritual psychology and conseling*, 1(2): 176-217.
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2001). Anxiety Disorders: How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriatrics*, 56(5): 24-27.
- Latha, K. S., Sahana,M., Mareilla, D., Subbannayya, K., & Asha, K. (2013). Factor related to life satisfaction, meaning of life, religiosity and death anxiety in care staff and Students: A cross sectional study from India. *online Journal Health and Allied Sciences*, 12(2): 1 -7.
- May, R., & Yalom, I. (2000). Existential Psychotherapy. In Corsini, R. J., & Wedding, D. (Eds.) *Current Psychotherapies*, (pp. 273-302). Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- McInnis, G.J., & White, J.H. (2001). A phenomenological Exploration of Loneliness in the older Adult. *Archives of psychiatric Nursing*. 15(3): 128-39.
- Mohammadi, F., Dokanei Fard, F., Heidari, H. (2014). Effectiveness of logo therapy in hope of life in the Women depression. *ProcediaSocial & Behavioral Sciences*.159(23):643-46.
- Morgan, J.H. (2013). What to do when there is nothing to do: the psychotherapeutic value of meaning therapy in the treatment of late life depression. *Health, Culture & Society*. 5(1):324-30.

- Pampel, F.C. (2008). *Rights of the elderly*. New York, NY: Infobase.
- Pierce, J., Cohen, A., Chamberce, J., Meade, R. (2007). Gender differences in this anxiety and religious orientation among US high school & college students. *Mental Health Relig Cult.* 10(2): 143-150.
- Rebecca, P., & Jiaqing O. (2012). Association between caregiving 50 in an Asian sample: age as a moderator. *Journal of Social Indicators Research.* 108(3):525-34.
- Rice, J. (2009). *The relationship between humor and death anxiety*. Department of Psychology, copyright 2009 Missouri Western State University.
- Roger J. S. Michele, Y. W., Sue, R., Gail, J., & Josephine, M. C. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability Staff differ? *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 49(12): 47-59.
- Routasalo, P.E., Savikko, N., Tilvis, R.S., Strandberg, A T.E., & Pitkala, K.H. (2006). Social contacts and their Relationship to Loneliness among aged people-A population Based study. *Gerontology*, 52: 181-187.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M.L (1998). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment* 42(3): 290-294.
- Saini, P., Patidar, A. B., Kaur, R., Kaur, M., & Kaur, J. (2016). Death Anxiety and Its Associated Factors among Elderly Population of Ludhiana City Punjab. *Indian Journal of Gerontology*, 30(1):101-110.
- Sheibani, F., Pakdaman, Sh., Hassanzadeh Tavakoli, M.R. (2010). The effect of reminiscence on depression and loneliness in elderly (Persian). *Journal of Applied Psychology.* 4(1):26-39.
- Sodani, M., Shojaeyan, M., Neysi, A. (2012). The effect of group logotherapy on loneliness in retired men. *Researches of Cognitive & Behavioral Sciences.* 2(1):43-54.
- Speke, V., Nyklicek, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2008). Predictor of outcome of group and internet based cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorder*, 9(4): 97-137.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82(2): 165-175.
- Tilvis, R.S., & Pitkala, K.H., Jolkkonen, J. & Strandberg, T. E. (2000). Feelings of Loneliness and 10-year cognitive decline in the aged population. *Lancet*, (356): 77-78.
- Vaghela, K. J. (2015). Effect of Psychological well-being, Death Anxiety and Depression On curable & Incurable Disease Patients. *The International Journal of Indian Psychology*, (204): 84-89.
- Ulrichová, M. (2012). Logo Therapy and Existential Analysis in Counseling Psychology as Prevention and Treatment of Burnout Syndrome. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 69: 502-508.
- 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.
- Yalom, I., Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books
- Zanjiran Sh., Borjali A, Kraskian A. (2015). Effect of group Logotherapy education on quality of life and general health in women of sanatorium. *Razi Journal of Medical Sciences.* 21(127):39-51.

The Effectiveness of Group Logo-Therapy on the Sense of Loneliness and Death Anxiety in Elderly Women

*V. Mostafapour

**A. Motamedi

***H. Farrokhi

Abstract

The current research was conducted with the goal of examining the effectiveness of group logo-therapy on the sense of loneliness and death anxiety of elderly women in Birjand. The statistical population included all elderly women in birjand city in 2017. 30 of them were selected through convenience sampling method and were randomly assigned to two experimental groups and control, 15 individuals each. The research method was a quasi-experimental and pre-test and post-test design with control group was used. To collect data the UCLA loneliness Scale and Collett-Lester (1969) Death Anxiety Scale were utilized. The elderly of the experimental group received Anderson (2007), Blair (2004) and Hutzell (2002) for 8 sessions of 90-minutes intervention. The gathered data were analyzed by using multivariate analysis of covariance MANCOVA. The result showed the effectiveness of logo-therapy on the sense of loneliness and death anxiety and there was a significant difference between the two groups ($P < 0.01$).

Keywords: logo-therapy, loneliness, death anxiety, elderly women

* M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, AllamehTabataba'i University, Tehran, Iran.(vhd.m2207@gmail.com)

** Associate Professor of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, AllamehTabataba'i University, Tehran, Iran, (Corresponding Author, email: a_moatamedy@yahoo.com)

***P.h.D. Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University, Mashhad, Iran). hossein.farrokhi110@gmail.com)