

# اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی

محمد خالدیان<sup>۱</sup>، فرامرز سهرابی<sup>۲</sup>

تاریخ وصول: ۹۲/۸/۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی شهرستان قروه بود. این پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری را کلیه مردان و زنان شهرستان قروه که فرزندانشان آنها را ترک کرده و از آنها جدا شده‌اند است، تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۴ نفر انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ۲۱ سوالی افسردگی بک *BDI-II* و پرسشنامه امیدواری اسنایدر و همکاران استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات افسردگی در پس آزمون گروه آزمایش به طور معنا داری از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل پایین‌تر است، و میانگین نمرات امید به زندگی در پس آزمون گروه آزمایش به طور معنا داری از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل بالاتر است. بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان گفت که معنا درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی مؤثر است.

۱. مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول) mohamad\_khaledian22@yahoo.com

۲. دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی sohrabi@atu.ac.ir

**واژگان کلیدی:** معنا‌درمانی، امیدواری، افسردگی، سندرم آشیانه خالی، سالمندان.

#### مقدمه

مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه متناسب با ارزش‌های خود ابتدا به سراغ خانواده می‌رود تا از درون آن، شهروندان آتی خویش را پروراند. این موضوع وقتی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که جامعه به خاطر تحولات ساختاری و زیربنایی به شهروندانی جدید با طرز فکری نو نیاز داشته باشد. به همین خاطر است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییری در آن حاصل نخواهد شد مگر از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها و بدکاری‌های آن. ورود به چنین نظام سازمان یافته‌ای صرفاً از طریق تولد، فرزندخواندگی یا ازدواج صورت می‌گیرد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۹؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۸۸).

همان‌طور که کی<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) اظهار کرده است، خانواده‌ها، اعضای جدیدی به وجود می‌آورند و با آنکه سرانجام به این اعضای جدید، خود مختاری ارزانی می‌دارند، دیگر انتظار ندارند که با آنها زیر یک سقف زندگی کنند. خانواده از لحاظ ساختار نظام عاطفی پیچیده‌ای است که ممکن است دست کم سه، یا به خاطر طول عمر بیشتر آدمیان در حال حاضر، چهار نسل را در بر بگیرد. خانواده بدون توجه به سنتی یا نو بودن، سازگاری یا ناسازگاری، و ساخت کارآمد یا آشفته‌ای که دارد، ناگزیر است خود را تا حد امکان به صورت گروهی کارآمد یا توانا درآورد به نحوی که بتواند نیازها و اهداف جمعی یا همگانی خود را برآورده سازد بدون آنکه دائماً اعضای خود را از دست‌یابی به اهداف و نیازهای شخصی بازداشته باشد (کنتور و لر<sup>۳</sup>، ۱۹۷۵).

1. Goldenberg & Goldenberg

2. Kaye

3. Kantor & Lehr

ویژگی تمام خانواده‌ها عبارت است از محبت، وفاداری، و تداوم عضویت. همین ویژگی‌هاست که آن را از سایر نظام‌های اجتماعی متمایز می‌سازد (ترکلسون<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰). حتی هنگامی که این ویژگی‌ها مورد چالش قرار می‌گیرند، مثل زمانی که بحران خانوادگی پیش می‌آید، معمولاً باز هم خانواده در برابر تغییر مقاومت نشان می‌دهد و برای بازگردانی الگوهای تعاملی آشنای خود به حرکات اصلاحی تمسک می‌جوید. هر خانواده - بدون توجه به شکل آن (برای مثال، خانواده هسته‌ای، خانواده ناتنی، و خانواده تک والدی) یا توفیق نهایی که نصیبش می‌شود- باید در جهت ارتقای روابط مثبت و مطلوب میان اعضای خود تلاش کند، به نیازهای شخصی آنان توجه داشته باشد، و آماده کنار آمدن با تغییرات ناشی از ریش (مثلاً، زمانی که فرزندان خانه را ترک می‌گویند) و نیز بحران‌های غیر منتظره (طلاق، مرگ، بیماری‌های حاد ناگهانی) باشد.

به طور کلی، همه خانواده‌ها باید خودشان را برای کنار آمدن با مشکلات روزمره زندگی آماده سازند. به ویژه، تمامی آنها باید سبک‌ها و راهبردهای کنار آمدن با فشارهای روانی را که از درون و بیرون خانواده می‌جوشند، به روش مورد نظر خودشان پرورش دهند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۹؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۸۸).

ترک خانه به وسیله فرزندان می‌تواند برای زن و شوهرهایی که جای خالی روابط خود را با فرزندان پر کرده بودند، وحشت آور باشد. به محض آنکه فرزندان خانه را بدرود می‌گویند زن و شوهر سعی می‌کنند به زندگی یا روابط خود معنا بدهند. در این دوره برخی ناراحتی‌ها و حتی استرس منفی تجلی می‌کنند که تحت عنوان «سندرم آشیانه خالی<sup>۲</sup>» یا «سندرم آشیانه متروک» از آنها نام می‌برند (زندن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸، ترجمه گنجی، ۱۳۸۷). یکی از پدیده‌های سنین میان‌سالی، سندرم آشیانه خالی نامیده می‌شود و نوعی افسردگی است که پس از آنکه آخرین فرزند خانه را ترک کرد در زن و مرد ایجاد می‌شود. در این دوره اگر فعالیت‌های جبرانی، به

---

1. Terkelson  
2. empty - nest syndrome  
3. Zenden

خصوصاً از سوی مادر انجام نشود در مواردی ممکن است پدر و مادر افسرده شوند. این امر به خصوص در مواردی صدق می‌کند که نقش عمده زن در زندگی، بزرگ کردن بچه‌ها و مادری کردن بوده و یا زن و شوهر به خاطر بچه‌ها زندگی مشترک ناگوارشان را تحمل کرده‌اند (سادوک و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰).

در الگوی مرحله‌ای دووال<sup>۲</sup> (۱۹۷۷)، چرخه‌های زندگی خانوادگی، تحول متعارف یک خانواده اصلی<sup>۳</sup> و تمام عیار-منظور خانواده‌ای است که پدر و مادر هر دو در آن حضور دارند- در قالب هشت مرحله صورت می‌گیرد، که این مراحل با ازدواج شروع می‌شوند و با مرگ دو همسر به پایان می‌رسند که دوره آشیانه خالی مرحله ششم می‌باشد. تصویری که او از خانواده ترسیم می‌کند، به صورت دایره‌ای متشکل از هشت لایه است:

۱. زوج‌های فاقد فرزند
۲. خانواده‌هایی که تازه بچه‌دار شده‌اند (بزرگ‌ترین فرزند حداکثر ۳۰ ماهه است)
۳. خانواده‌های برخوردار از فرزندان پیش دبستانی (بزرگ‌ترین فرزند بین ۲/۵ تا شش سالگی است)
۴. خانواده‌های بچه‌دار (بزرگ‌ترین فرزند بین ۶ تا ۱۳ سالگی است)
۵. خانواده‌های برخوردار از نوجوان (بزرگ‌ترین فرزند بین ۱۳ تا ۲۰ سالگی است)
۶. خانواده‌هایی که فرزندان‌شان آنها را ترک می‌گویند (از زمانی که اولین فرزند خانه را ترک می‌کند تا هنگامی که آخرین آنها از خانه بیرون می‌رود)
۷. والدین میان‌سال (از دوره آشیانه خالی تا دوران بازنشستگی)
۸. والدین کهن‌سال (بازنشستگی تا مرگ هر دو همسر)

---

1. Sadock & Sadock  
2. Duvall  
3. intact

البته این مراحل تا حدودی دل‌بخوایی است و این الگوی هشت مرحله‌ای از دووال (۱۹۹۷) است، کارتر و مک‌گلدریک<sup>۱</sup> (۱۹۸۰، ۱۹۸۸)، که سردمدار جنبش جذابیت مفهوم چرخه زندگی در میان خانواده درمانگرها بشمار می‌آیند، یک نظریه چند نسلی را به آن اضافه کرده‌اند. طرح شش مرحله‌ای آنها در خصوص خانواده‌های کامل یا تمام عیار با این مطلب شروع می‌شود که افراد جوان و مجرد خانه را ترک می‌گویند و علاوه بر آن مراحل احتمالی طلاق و ازدواج مجدد نیز در آن گنجانده شده است. الگوی هفت مرحله‌ای زیلباخ<sup>۲</sup> (۱۹۸۹)، بر تحقق تکالیف اختصاصی خانواده متمرکز است. برخی خانواده درمانگرها مثل پیتمن<sup>۳</sup> (۱۹۸۷) به آنچه در هر مرحله اتفاق می‌افتد توجه چندانی نمی‌کنند؛ در عوض به این موضوع علاقه‌مندند که خانواده تا چه اندازه با نقاط عطف زندگی<sup>۴</sup> - بحران‌هایی که گاهی اوقات با انتقال‌های بین مرحله‌ای همراه می‌گردند - کنار می‌آید و در هر مرحله خانواده باید مجموعه‌ای از تکالیف تحولی را اجرا کند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۹؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۸۸).

نظام ارتباطی درونی یک خانواده که در طی زمان گسترش می‌یابد، محدود می‌گردد، و تغییر مسیر می‌دهد، و خانواده باید آنقدر انعطاف‌پذیر باشد که ورود و خروج اعضای خویش را تحمل کند و مشوق کوشش اعضای آن برای حرکت در آوردن در مسیر رشد و تحول شخصی خودشان باشد. به خانواده‌هایی که از چرخه زندگی خویش منحرف می‌شوند می‌بایست کمک کرد تا مجدداً در مسیر تحولی خویش قرار بگیرند. کارتر و مک‌گلدریک (۱۹۸۸)، پیشنهاد می‌کنند که در چنین موقعیت‌هایی، هدف اصلی خانواده درمانی عبارت است از احیای توان تحولی خانواده. به نظر هیلی<sup>۵</sup> (۱۹۷۳)، وظیفه درمانگر آن است که به خانواده کمک کند تا بحران (آشيان خالی)، را به کمک یکدیگر برطرف سازند، و از این طریق به

---

1. Carter & Mc Goldrick  
 2. Zilbach  
 3. Pittman  
 4. Turning points  
 5. Haley

توازن جدیدی دست یافته و با ساخت خانوادگی جدید خویش منطبق شوند. اگر چنین چیزی تحقق یابد، خانواده مجدداً سیر تحولی خود را به پیش خواهد برد. کارتر و مک گلدریک (۱۹۸۸)، یکی از مراحل چرخه زندگی در خانواده‌های کامل را روانه‌سازی<sup>۱</sup> فرزندان و جدایی می‌نامند. در حال حاضر برخلاف ادوار پیشین، نرخ پایین زاد و ولد و امید به زندگی بیشتر به معنای آن است که این مرحله یک دوره طولانی خواهد بود؛ فراوان اتفاق می‌افتد که تقریباً بیست سال قبل از بازنشستگی والدین، فرزندان آنها از خانه بیرون بروند. آنها باید نقش مستقل فرزندان و شکل‌گیری خانواده‌های متعلق به آنان را بپذیرد. تکلیف تحولی در این مرحله عبارت است از برقراری روابط بالغ- بالغ با فرزندان و همچنین گسترش خانواده برای گنجاندن عروس و دامادها، نوه‌ها، و خانواده‌های سببی در نظام خود. ممکن است غیبت فرزندان در خانه باعث افزایش تعارضات زناشویی گردد، یا به خاطر احساس پوچی و فقدان معنا در زندگی، به آنها حالت افسردگی و تنهایی دست دهد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۹؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۸۸). به نظر کارتر و مک گلدریک (۱۹۸۸)، وقتی فرزندان خانه را ترک می‌گویند، احساس نومیدی در والدین آنها بالا می‌رود.

بر پایه پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه هاروارد، افسردگی چهارمین علت بیماری‌ها در سال ۱۹۹۶ در جهان بوده و پیش‌بینی می‌شود، که در سال ۲۰۲۰، نخستین علت بیماری‌ها در جهان باشد (قادری و همکاران، ۱۳۸۸). در ایران نتایج پژوهش فروغان و همکاران (۱۳۸۷)، نشان داد یک سوم مراجعان سرپایی سالمندان به مراکز درمانی از اختلالات روانی رنج می‌برند و شایع‌ترین اختلال روانی در این گروه، افسردگی ۵۸٪ است (مومنی، ۱۳۹۰). میزان شیوع علائم افسردگی بالینی همراه با بالا رفتن سن بیشتر می‌شود. اما در بسیاری از موارد، علائم افسردگی در افراد مسن ناشناخته باقی می‌ماند و از این رو افسردگی فرد (به ویژه در مردان) تشخیص داده نمی‌شود. افسردگی تشخیص داده نشده و علائم افسردگی نامشخص می‌تواند پیامدهای منفی بسیاری را برای افراد، خانواده آنها و یا اجتماع به همراه داشته باشد.

یکی از پیامدهای جدی احساسات افسردگی در افراد مسن؛ بالا بودن میزان پدیده خودکشی در افراد بالای ۶۵ سال است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی ۱۳۹۰). افسردگی نمونه گویای تصمیم بیش از حد و تعریف در مورد افکار می‌باشد دوره‌هایی از ترس که به هیچ وجه بر واقعیت استوار نیست از جمله ترس از این که افراد خانواده‌اش او را ترک خواهند کرد (قراچه داغی، ۱۳۸۰). افزایش سن، از دست دادن عزیزان به ویژه همسر، دوری از فرزندان، ابتلا به بیماری جسمی مزمن، مصرف داروهای مختلف، افت قوای شناختی و عوامل طبیعی و بیولوژیکی، همگی از عواملی که افراد سالمند را مستعد ابتلا به افسردگی و اضطراب می‌کند (تابان و همکاران، ۱۳۸۵).

امیدواری<sup>۱</sup>، از جمله این مفاهیم است که در آموزه‌های قرآن کریم و دین اسلام نیز وجود دارد. نظریه امید که توسط اسنایدر (۱۹۹۱)، مطرح شد، زمانی بهترین پیشرفت خود را می‌کند که یک هدف فردی در سطح متوسط از دست‌یابی قرار داشته باشد. هدف‌ها می‌توانند به عنوان هر موضوعی تعریف شوند که فرد خواستار رسیدن، انجام دادن، بودن، تجربه کردن یا خلق آن است. هدف‌ها آماجی از توالی فعالیت روانی هستند که رفتار هدفمند را حمایت می‌کند. بدین لحاظ به طور گسترده‌ای هدف‌ها با هم متفاوتند و عملاً هر کدام حوزه‌ای از زندگی را در بر می‌گیرند (اسنایدر، ۲۰۰۲). بزرگسالان امیدوار، نیم‌رخ روانی متمایزی دارند، آنان در زندگی خود به اندازه سایرین شکست‌هایی<sup>۳</sup> را تجربه می‌کنند، اما این باور را پرورش داده‌اند که می‌توانند با چالش‌ها سازگار شود و با ناملازمات کنار بیایند آنان یک گفتگوی

### 1. hopefulness

۲. وَلَا تَأْسُوا مِن رُّوحِ اللَّهِ... (یوسف ۸۷) از رحمت خدا نومید نباشید.

- وَلَبَلُّوْكُمْ بِشَىْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَ الْجُوعِ وَ نَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَ الثَّمَرَاتِ وَ بَشِيرًا لِّلصَّابِرِينَ (۱۵۴) و البته شما را به سختی‌ها چون ترس و گرسنگی و نقصان اموال و نفوس و آفات و زراعت بیازماییم و بشارت و مزده آسایش از آن سختی‌ها، صابران راست.

- أَلَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَ إِنَّا إِلَيْهِ رَاغِبُونَ، (بقره ۱۵۵) آنان که چون به حادثه سخت و ناگواری دچار شوند، صبوری پیش گرفته و گویند ما به فرمان خدا آمده و به سوی او رجوع خواهیم کرد.

- امام علی (ع): برترین عبادتها سه چیز است؛ سلامت، بردباری، امیدواری

### 3. set backs

درونی مثبت مداوم شامل جمله‌هایی از این قبیل " من از عهده‌اش بر می‌آیم، تسلیم نخواهم شد " و مانند آن را اتخاذ می‌کنند، آنان وقتی در رسیدن به اهداف ارزشمند با موانعی روبرو می‌شوند، هیجان‌های منفی را با شدت کمتری تجربه می‌کنند. شاید به این خاطر که وقتی با موانعی روبرو می‌شوند برای دست‌یابی به هدف‌های خود مسیرهای جایگزینی ایجاد می‌کنند یا با انعطاف، هدف‌های قابل دسترس تر را بر می‌گزینند. افرادی که امید کمتری دارند وقتی با موانع غیر قابل رفع روبرو می‌شوند، هیجان‌هایشان یک توالی نسبتاً قابل پیش‌بینی از امید به خشم، از خشم به یأس، و از یأس به بی‌احساسی را دنبال می‌کنند (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۰). امید شامل مجموعه‌ای از شرایط است که عبارتند از: دارا بودن اهداف ارزشمند شخصی و ادراک توانایی برای تولید راهبردها در تعقیب اهداف (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۰). افراد دارای سطوح امیدواری بالا وقتی در زندگی بزرگ‌سالی با مسائلی مواجه می‌شوند، تمایل پیدا می‌کنند که مسائل مهم و بزرگ را به مسائل کوچک و روشن و قابل اداره تجزیه کنند (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۷).

نامیدی، فرد را در وضعیت غیر فعالی قرار می‌دهد که نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و در مورد آنها تصمیم بگیرد. نامیدی، شخص را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. شخص با گذشت زمان، تمامی امید خود را از دست می‌دهد و افسردگی عمیق را جایگزین آن می‌کند. طرز تفکر وی حالت انعطاف ناپذیر همه یا هیچ دارد که مانع حل مسئله می‌شود. در حقیقت نامیدی باعث تضعیف مهارت حل مسئله در فرد می‌شود. همچنین سبب می‌شود که فرد به طور دائم تجربه‌های خود را به شکل منفی و نادرست ارزیابی کرده و پیامدهای نگران‌کننده‌ای را برای مشکلات خود در نظر بگیرد (شمس اسفندآبادی، ۱۳۸۶). اسنایدر (۲۰۰۶)، در پژوهشی به این نتیجه رسید که بین امیدواری بالا و هیجان‌های مثبت و امیدواری پایین و هیجان‌های منفی همبستگی معناداری وجود



دارد. به این صورت که امیدواری پایین یا کم، نشانه‌های افسردگی را پیش بینی می‌کند که مستقل از علایم تشخیص و سایر مهارت‌های مقابله‌ای است.

یکی از راهبردهای درمانی رایج برای کاهش ناامیدی و افسردگی در زندگی افراد، رویکرد معنا درمانی است. معنا درمانی روشی از رویکرد وجودی است که زمینه فلسفی و نظری عالی برای کار گروهی فراهم می‌آورد. کار گروهی معنا درمانی می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش یافتن معنی در زندگی‌شان آماده کند. نگرش وجودی، رویکردی پویا است که بر روی چهار علاقه که ریشه در هستی یا وجود انسان دارد تأکید می‌کند: مرگ، آزادی، تنهایی و بی معنایی (کوری، ۲۰۰۵). اصول و روش درمانی فرانکل، معنا درمانی را تشکیل می‌دهد. معنا درمانی روشی است که در آن فرد در جهت‌ی راهنمایی می‌شود که معنی زندگی خود را بیابد. بنابراین، اصول معنا درمانی تلاش برای یافتن معنی در زندگی است، که اساسی‌ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی است (شعاع کاظمی و سعادت، ۱۳۸۹). معنا درمانگر نه یک اخلاق‌گرا است و نه یک روشنفکر. کار معنا درمانگر بر مبنای تحلیل تجربی یعنی پدیدار شناختی و تحلیل پدیدار شناختی تجربه یک فرد عامی در فرآیند ارزش‌گذاری است. این کار نشان می‌دهد که انسان می‌تواند با خلق یک کار یا با کردار نیک و یا با تجربه کردن نیکی، حقیقت و زیبایی، با تجربه کردن طبیعت و فرهنگ یا با روبه رو شدن با موجودی منحصر به فرد در بی نظیری همین آدم و یا به عبارت دیگر دوست داشتن او، به معنای زندگی دست یابد. به هر حال 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 معنا یابی پیدا می‌کنند، بر این مقوله غالب آمده و به تعالی می‌رسند. آنچه اهمیت دارد موضعی است که آنها اتخاذ می‌کنند که این موضع آنها را وامی‌دارد وضعیت خود را تغییر داده و به دستاورد، پیروزی و قهرمان‌گرایی نزدیک شوند (فرانکل، ۱۹۶۳؛ ترجمه میلانی، ۱۳۹۰). بر اساس نظر فرانکل دو سطح از معنا وجود دارد: معنای حاضر، و فرا معنا؛ فرانکل اعتقاد دارد که دومی محصول موقعیت خاص است نه کل زندگی، زیرا فرا معنا در بعد فرا

انسانی ما مخفی است. هرکس باید معنای خاص حاضر را کشف کند و فقط خود افراد معنای خاص حاضر را میدانند. درمانگر خواست مراجع را برای رسیدن به حوزه‌هایی که معانی در آن پیدا می‌شود تسهیل می‌کند و او را راهنمایی می‌نماید (وونگ، ۲۰۰۰). ما معنی را در زندگی کشف نمی‌کنیم بلکه آن را در زندگی خود می‌آفرینیم. مسئله این نیست که به زندگی چه پاسخی باید داد، زندگی فرآیند جاری است که باید آن را تجربه کرد نه مسئله‌ای که باید آن را حل کرد (پروجسکا و نورکراس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

لازمه جستجوی معنا مسئولیت شخصی است. هیچ کس و هیچ چیز دیگر نه پدر، نه مادر، نه همسر و نه مردم نمی‌توانند به ما احساس معنا و منظور در زندگی بدهند. این مسئولیت خود ما است که راهمان را پیدا کنیم و آنگاه که یافتیم در آن پایداری نماییم (کنگ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). انسان وقتی با وضعی اجتناب‌ناپذیر مواجه می‌گردد و یا با سرنوشتی تغییرناپذیر روبرو است، مانند یک فرد که از اینکه فرزندانش او را ترک کرده‌اند و دیگر با او زندگی نمی‌کنند، این فرصت را یافته است که به عالی‌ترین ارزش‌ها و به ژرف‌ترین معنای زندگی یعنی رنج کشیدن دست یابد. درد و رنج بهترین جلوه گاه ارزش وجودی انسان است و آنچه اهمیت بسیار دارد، شیوه و نگرش فرد نسبت به رنج است و شیوه‌های که این رنج را به دوش می‌کشد. یکی از اصول اساسی معنا درمانی این است که توجه انسان‌ها را به این مسئله جلب می‌کند که انگیزه اصلی و هدف زندگی، گریز از درد و لذت بردن نیست، بلکه معنی جویی زندگی است که به زندگی مفهوم می‌بخشد (شعاع کاظمی و سعادت، ۱۳۸۹).

روان درمانی وجودی، رویکردی فلسفی است که با انسان و دنیای او سر و کار دارد. این رویکرد نوعی نگرش نسبت به تعدادی از مفاهیم است مانند زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه و انزوا بودن و نبودن، گزینش آزادانه، آگاهی و مسوول شدن نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره‌ای از زندگی که با مرگ نزدیک روبروست (بریتبارت

1. Prochesca & Norcross

2. Kang et al.

و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). معنا درمانی با در نظر گرفتن گذرایی هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تلاش و فعالیت فرا می خواند و بیان می دارد که آنچه انسانها را از پای در می آورد، رنجها و سرشت نا مطلوبشان نیست بلکه بی معنا شدن زندگی است که مصیبت بار است. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می تواند حتی معنی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد. فرانکل می گوید در دنیا چیزی وجود ندارد که به انسان بیشتر از یافتن "معنی" وجودی خود در زندگی یاری کند (فرانکل، ۱۹۶۳؛ ترجمه میلانی، ۱۳۹۰).

درباره سوابق تجربی موضوع می توان به نتایج پژوهش غلامی و همکاران (۱۳۸۸) اشاره کرد که با موضوع اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی نشان داد که معنا درمانی بر افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی و کاهش افسردگی بیماران دختر مبتلا به تالاسمی موثر است. همچنین، نتایج پژوهش قنبری زرنندی و گودرزی (۱۳۸۷)، با موضوع اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله (شهر زرنند)، نشان داد که معنا درمانی بر افزایش سلامت عمومی و کاهش افسردگی (به عنوان یکی از ابعاد سلامت عمومی) زنان آسیب دیده از زلزله موثر است.

در همین راستا، نتایج پژوهش گرفمی و همکاران (۱۳۸۸)، با موضوع اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه، نشان داد که معنا درمانی به شیوه گروهی سبب کاهش اختلالات روانی از جمله افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است. نتایج پژوهش مشتاقی و همکاران (۱۳۹۰)، با موضوع تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقا سلامت روان نابینایان شهر اصفهان، نشان داد که معنا درمانی به شیوه گروهی سبب افزایش سلامت و روان و کاهش افسردگی در نابینایان شده است. حسینیان (۱۳۸۶)، پژوهشی را با عنوان اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران

---

1. Breitbart et al.

سرطانی بیمارستان شفا شهر اهواز مورد بررسی قرار داد. نتایج حاصله از این پژوهش حاکی از این امر است که آموزش معنا درمانی باعث افزایش امید به زندگی در بیماران سرطانی می‌شود. شعاع کاظمی و سعادت‌تی (۱۳۸۹)، نیز به بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنا درمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشانگر این است که آموزش معنا درمانی توانسته است میزان ناامیدی را در گروه زنان مبتلا به سرطان کاهش دهد. نتایج پژوهش شیخ پور (۱۳۸۵)، با موضوع تأثیر مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی در افزایش امید به زندگی معلولین نخاعی ناشی از زلزله بم نشان داد که معنا درمانی باعث افزایش امید به زندگی در این افراد گردید. گلکاریان (۱۳۸۷) نیز، با موضوع اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی بر کاهش ناامیدی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی نشان داد که مشاوره گروهی به روش فرانکل بر کاهش ناامیدی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی اثر بخش بوده است. ماسکارو و روزن<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، با انجام یک پژوهش روی دانشجویان دانشگاه نشان دادند که معنای وجودی نقش بسیار مهمی در افزایش امیدواری دارد.

از آنجایی که معنا درمانی و شرکت در گروه برای ایجاد حس همدردی و جلوگیری از تنهایی در افراد موثر است، پژوهشگران درصدد هستند که با به کار بردن این روش درمانی، تأثیر آنها را در کاهش علائم روان شناختی افراد مبتلا، بررسی نماید. از آنجایی که اکثر فرزندان بعد از ازدواج، والدینشان را ترک می‌کنند و با توجه به اینکه ممکن است که این ترک، موجب ناامیدی و افسردگی در والدین گردد، بنا بر این، جهت برنامه ریزی اقدامات مناسب، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه، نیاز به آشنایی با درمان‌های مناسب از جمله درمان شناختی- رفتاری و معنا درمانی به صورت گروهی می‌باشد. داشتن اطلاعاتی پیرامون این روش درمانی می‌تواند در انجام فرآیندهای روانشناسانه جهت بیماران نیازمند متمر ثمر باشد، تا با انجام این اقدامات بتوان افسردگی را در

---

1. Mascaró & Rosen

این بیماران بهبود بخشیده و کیفیت زندگی را در آنها بالا برد. در ضمن نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند برای مدیران نظام سلامت نیز کاربرد داشته باشد تا با بهره‌گیری از نیروهای مجرب، توجه بیشتری به درمان‌های غیر دارویی نمایند و با این اقدام سرانه مصرف دارو کاهش یافته و بیماران عوارض جانبی دارویی کمتری را متحمل شوند و با صرف زمان و هزینه کمتری تعداد بیشتری از بیماران مبتلا به افسردگی، از این روش درمانی استفاده کنند. بنا بر آنچه گفته شد و با توجه به اینکه پژوهش‌های چندانی در زمینه سندرم آشیانه خالی که یکی از هشت مرحله چرخه‌های زندگی خانوادگی می‌باشد (دووال، ۱۹۹۷)، صورت نگرفته است، پژوهش حاضر، در صدد پاسخگویی علمی به این سئوالات است که آیا معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی اثربخش است؟ و آیا معنا درمانی به شیوه گروهی در افزایش امید در سالمندانی که دچار سندرم آشیانه خالی شده‌اند، موثر است؟

### روش پژوهش

طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش جامعه آماری را زنان و مردان شهرستان قروه که فرزندان آنها را ترک کرده‌اند و از آنها جدا شده‌اند را شامل می‌شود. حجم نمونه ۲۴ نفر (اعم از زن و مرد) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. در مرحله دوم، افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه معنا درمانی به شیوه گروهی را دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس)، استفاده شد.

### ابزار تحقیق

در این تحقیق دو پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها بکار رفت.

### ۱- پرسش نامه افسردگی بک: فرم تجدیدنظر شده افسردگی بک BDI-II یک

پرسش‌نامه ۲۱ ماده‌ای خود گزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. هر گروه سؤال شامل چهار گزینه است و نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. نمره کلی از صفر تا شصت و سه می‌باشد. بک، در رابطه با فرم تجدیدنظر شده بررسی انجام داده و عنوان کرد که این ابزار وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران و جمعیت نرمال و همچنین نوجوانان و بزرگسالان نشان می‌دهد. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیر بیماران ۰/۸ گزارش دادند. در یک بررسی که بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی جهت بررسی اعتبار پایایی BDI-II انجام گرفت نتایج پژوهشی بیانگر نمره کل با میانگین ۹/۷۹ و انحراف استاندارد ۷/۹۶ و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ با پایایی باز آزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود (حسنی، ۱۳۸۷).

### ۲- پرسشنامه امیدواری: این پرسشنامه که توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، برای

سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خود سنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین، این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه گیری می‌کند. متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار برابر ۰/۹۱ گزارش شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). به علاوه، داده‌های زیادی در مورد اعتبار هم‌زمان پرسشنامه امید و مواردی که می‌تواند پیش بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش بینی، انتظار دست‌یابی به هدف، و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (اسنایدر، ۲۰۰۲). در پژوهشی که گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در تهران انجام داد، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد (خالدیان و همکاران، ۲۰۱۲).

## برنامه جلسه‌های معنا درمانی به شیوه گروهی

جلسات گروهی به صورت ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شده بود که هفته‌ای یک‌بار برگزار می‌شد. خلاصه جلسات به شرح زیر است:

**جلسه اول:** تعیین هدف گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث در مورد سندرم آشپانه خالی و رایه منشور گروه و قرارداد درمانی.  
**جلسه دوم:** بیان مشکل، بحث در مورد سندرم آشپانه خالی و بحث در مورد اثرات سندرم آشپانه خالی بر ایجاد اختلالات روانی.

**جلسه سوم:** معنایابی و گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی و مسوولیت پذیری.

**جلسه چهارم:** تغییر نگرش‌ها و گرفتن معنا از طریق راه‌های کشف معنا.

**جلسه پنجم:** گرفتن معنا از خلق ارزش‌ها و مسوولیت.

**جلسه ششم:** گرفتن معنا از میان تجربه ارزش‌ها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها.

**جلسه هفتم:** معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسوولیت.

**جلسه هشتم:** مسوولیت، خود حمایتی، علاقه اجتماعی و غلبه بر یاس و افزایش امید به زندگی.

**جلسه نهم:** حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام مانند برای تعامل اعضا، حمایت عاطفی اعضا با یکدیگر و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر.

**جلسه دهم:** خلاصه و جمع بندی جلسات و اختتام، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه.

### یافته‌های پژوهش

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان سندرم آشیانه خالی بود که اطلاعات توصیفی نمرات افسردگی و امید به زندگی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل، نتایج گزارش آزمون فرض همگنی شیب‌ها و نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در افسردگی و امید به زندگی در زیر ارائه شده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی نمرات افسردگی و امید در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل

(N=12)

گروه	مرحله	امید		افسردگی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۱۴/۵۸	۱/۹۸	۳۸/۸۳	۴/۰۸
	پس آزمون	۲۴/۲۵	۲/۳۷	۲۳/۶۶	۳/۰۵
کنترل	پیش آزمون	۱۵/۳۳	۱/۶۵	۳۹/۴۱	۵/۲۹
	پس آزمون	۱۵/۳۳	۱/۹۲	۳۸/۷۵	۵/۲۵

نمرات مقیاس‌های مورد استفاده، از جمع نمرات هر مقیاس به دست آمد. لذا مقیاس به کار گرفته شده حداقل فاصله‌ای است. بر اساس داده‌های جدول ۱، میانگین و انحراف معیار مقیاس امید به زندگی در گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۴/۵۸ و ۱/۹۸، و در پس آزمون ۲۴/۲۵ و ۲/۳۷، همچنین در امید واری به زندگی گروه کنترل، در پیش آزمون ۱۵/۳۳ و ۱/۶۵، و در پس آزمون ۱۵/۳۳ و ۱/۹۲ به دست آمد. از طرفی در متغیر افسردگی نیز میانگین و انحراف معیار در گروه آزمایش به ترتیب در پیش آزمون ۳۸/۸۳ و ۴/۰۸ و در پس آزمون ۲۳/۶۶ و ۳/۰۵ همچنین در گروه کنترل در پیش آزمون ۳۹/۴۱ و ۵/۲۹ و در پس آزمون ۳۸/۷۵ و ۵/۲۵ بود.



جدول ۲. نتایج گزارش آزمون فرض همگنی شیبها

متغیرها	مجموع مجدورها	f.d	میانگین مجدورها	F	Sig	مجدور انا
گروه	۴/۸۶	۱	۴/۸۶	۰/۷۷	۰/۳۹۱	۰/۰۳۷
پیش آزمون	۲۳۸/۰۶۸	۱	۲۳۸/۰۶۸	۳۷/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳
گروه*پیش آزمون	۳/۶۷	۱	۳/۶۷	۰/۵۸	۰/۴۵۵	۰/۰۲۸
خطا	۱۲۶/۷۳۵	۲۰	۶/۳۳۷			

بر اساس یافته‌های جدول ۲، همگنی شیبها با مقدار  $F(1,20) = 0/579$  برای افسردگی معنی دار نشده است، لذا مفروضه همگنی شیبهای رگرسیون برای متغیر افسردگی محقق شده است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی فرضیه مورد نظر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در افسردگی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجدورها	درجه آزادی	میانگین مجدورها	شاخص F	سطح معناداری	مجدور انا
پیش آزمون	۲۷۶/۵۱۱	۱	۲۷۶/۵۱۱	۴۴/۵۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸	
افسردگی گروه	۱۲۸۴/۶۲۳	۱	۱۲۸۴/۶۲۳	۲/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸	
خطا	۱۳۰/۴۰۶	۲۱	۶/۲۱				

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار  $F(2,07) = 2/07$  و سطح معناداری  $(0/001)$  در متغیر گروه بیانگر تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون می‌باشد. بنابراین نتایج بدست آمده حاکی از تأثیر روش معنا درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی شرکت کنندگان می‌باشد. به عبارتی روش معنا درمانی گروهی توانسته است افسردگی را در شرکت کنندگان گروه آزمایش کاهش دهد.

جدول ۴. نتایج گزارش آزمون فرض همگنی شیب‌ها

متغیرها	مجموع مجذورها	f.d	میانگین مجذورها	F	Sig.	مجذور اتا
گروه	۰/۷۴۹	۱	۰/۷۴۹	۰/۲۸۴	۰/۶۰	۰/۰۱۴
پیش آزمون	۴۰/۶۷۸	۱	۴۰/۶۷۸	۱۵/۴۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۶
گروه پیش آزمون	۳/۶۱	۱	۳/۶۱	۱/۳۷۱	۰/۲۵۵	۰/۰۶۴
خطا	۵۲/۶۷۸	۲۰	۲/۶۳۴			

یافته‌های جدول ۴، نشان می‌دهد همگنی شیب‌ها با مقدار  $F(1,20) = 1/371$  برای امید به زندگی معنی دار نشده است، لذا مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر امید به زندگی محقق شده است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی فرضیه مورد نظر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در امیدواری به زندگی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	شاخص F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون		۴۶/۶۲۸	۱	۴۶/۶۲۸	۱۷/۳۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
امید به زندگی	گروه	۵۱۸/۴۵۹	۱	۵۱۸/۴۵۹	۱/۹۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
خطا		۵۶/۲۸۸	۲۱	۲/۶۸			

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که مقدار  $F(1/94) = F$  و سطح معنا داری  $(0/001)$  در متغیر گروه بیانگر تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون می‌باشد. بنابراین نتایج بدست آمده حاکی از تأثیر روش معنا درمانی گروهی بر افزایش میزان امیدواری به زندگی شرکت کنندگان می‌باشد. به عبارتی روش معنا درمانی گروهی توانسته است امید به زندگی را در شرکت کنندگان گروه آزمایش افزایش دهد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان سندرم آشیانه خالی بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از معنا درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی سندرم آشیانه خالی مؤثر می‌باشد. نتایج به دست آمده در این تحقیق، با نتایج پژوهش‌های شیخ پور (۱۳۸۵)، حسینیان (۱۳۸۶)، گلکاریان (۱۳۸۷)، قنبری زرنندی و گودرزی (۱۳۸۷)، گرفمی و همکاران (۱۳۸۸)، غلامی و همکاران (۱۳۸۸)، شعاع کاظمی و سعادتی (۱۳۸۹)، مشتاقی و همکاران (۱۳۹۰)، و ماسکارو و روزن<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) مبنی بر اثر بخشی معنادرمانی بر افزایش امید و نیز کاهش افسردگی همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: در معنا درمانی بر روی این نکته که ناامیدی به علت بی معنا شدن زندگی ایجاد می‌شود، تأکید می‌کند. به عبارتی وقتی فرد به علت مسائل و مشکلاتش زندگی را بی معنا می‌پندارد، دچار سرخوردگی و ناامیدی می‌شود. زندگی را سراسر هراس می‌بیند که به هیچ روشی نمی‌تواند بر این هراس خود غلبه کند، خود را موجودی دست و پا بسته در مقابل حوادث روزگار می‌بیند، فردی که بدون فرزندانش زندگی می‌کند فردی است که زندگی را بی معنا می‌بیند احساس می‌کند به آخر خط زندگی خود رسیده است، بدون اینکه به ارزش و هدف زندگی پی ببرد، 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. کاسل تأکید می‌کند که معنای رنج بهتر است از درد و رنج به تنهایی. پایه و اساس بی معنایی در زندگی غفلت، درماندگی و ناامیدی است. انسان موجودی است که همواره به دنبال معناست حتی برای رنج و درد دلیلی می‌خواهد به طوری که وقتی به این معنا دست یافت، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسان‌تر و حتی در مواقعی دلیلی هم می‌باشد. در واقع، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا

1. Mascaro & Rosen

بتواند معنای نهفته در این شرایط پیش آمده را کشف کند. زمانی که فرد معنای نهفته را کشف کند، دیگر احساس درماندگی و ناامیدی نخواهد کرد.

از سوی دیگر یکی از اصول اساسی معنا درمانی این است که هدف زندگی گریز از درد و رنج و لذت بردن نیست بلکه معناجویی زندگی است به همین دلیل انسان‌ها رنجی را هم که معنایی برای آن پیدا می‌کنند با میل می‌پذیرند. یأس به عنوان یکی از مؤلفه‌های ناامیدی زمانی در فرد ایجاد می‌شود که فرد، زندگی خود را تمام شده تلقی می‌کند و به این نتیجه می‌رسد که دیگر از دست کسی کاری ساخته نیست، به خصوص خودش هیچ کاری برای خود نمی‌تواند انجام دهد. خود را در رسیدن به اهداف و آرزوهایش ناتوان می‌بیند (شعاع کاظمی و سعادت، ۱۳۸۹). از دیدگاه معنا درمانی یکی از اهداف اصلی کمک به افراد، 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 (بابلی، ۲۰۰۰).

ویژگی‌های بارز انسان، تلاش برای درک معنا و هدف زندگی است و معنا درمانی، چارچوبی مفهومی فراهم می‌سازد که طی آن افراد معنای زندگی خویش را به چالش بکشند، ارزش‌های کهنه و قدیمی را کنار بگذارند و هماهنگ با نحوه وجودشان، نظام ارزشی را به وجود آورند. در این شرایط، رنج کشیدن انسان را می‌توان با موضعی که فرد هنگام روبرو شدن با آن می‌گیرد، به موفقیت تبدیل کرد. در این روش درمانی، افرادی که با عذاب گناه، ناامیدی و مرگ روبرو می‌شوند، می‌توانند با ناامیدی خود مبارزه کرده و موفق شوند. یافتن معنا در زندگی حاصل مشغولیت است که احساس تعهد نسبت به آفریدن، عشق ورزیدن، کارکردن و سازندگی است (کوری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بر اساس نظریه افسردگی بک، انسان‌ها بر اساس چند رویداد منفی تعمیم افراطی می‌دهند و فکرشان را تخریب می‌کنند (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۶). شرکت در جلسات آموزشی معنا درمانی با تأکید بر معنا،

1. Corey

هدف و ارزش‌های زندگی و همچنین تعامل با هم‌تایان خود مسئولیت‌پذیری را در فرد افزایش می‌دهد. فرد با قبول این مسئولیت و پذیرش شرایط فعلی خود به فعالیت و تلاش برای بهبود خود تشویق می‌شود. این امر زمینه را برای افزایش اعتماد به نفس و کاهش افسردگی را فراهم می‌کند.

همچنین با توجه به نظریه‌های شناختی می‌توان گفت که شرکت در چنین جلساتی می‌تواند بسیاری از تحریفات شناختی از قبیل بایدها و الزامات را تصحیح و به جای آن واژه‌های گاهی اوقات را جایگزین کند. فرد را از حالت گزینش شخصی و استنباط‌های شخصی خارج و او را نسبت به محیط منعطف‌تر می‌کند. در واقع، با توجه به نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی مراجع محوری راجرز، گشتالت درمانی و معنا درمانی فرانکل اصل پذیرش مسئولیت از اهمیت خاصی برخوردار است. فرد با حس مسئولیت احساس می‌کند که کنترل امور و اوضاع زندگی‌اش از دستش خارج نشده است و می‌تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی 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 خواسته‌ها در فرد می‌انجامد. از طریق این گونه مداخلات به بیمار کمک می‌شود تا زمان حال و بهبود فعلی خود را کوچک تلقی نکند و از آینده‌های که هنوز نیامده است، یأس و ترس نداشته باشد.

از محدودیت‌های پژوهش، عدم انجام مرحله پیگیری به دلیل عدم دسترسی به آزمودنی‌ها بود هر چند که مرحله پس‌آزمون ۲ هفته بعد از آموزش اجرا شد. با توجه به یافته‌های این تحقیق که نشان داد معنا درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش امیدواری به زندگی سالمندان با سندرم آشیانه خالی مؤثر می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد که محققین بعدی این دوره از چرخه زندگی (آشیانه خالی) را نیز موضوع مطالعه خود قرار دهند و به ارتقای سلامت روان و سطح زندگی آنان همت گمارند.

## منابع

- قرآن کریم، ترجمه سید محمد رضا صفوی. نشر معارف.
- تابان، حبیب‌الله؛ قاسمی، غلامرضا؛ فرزانه، آرزو؛ کاظمی، مژگان. (۱۳۸۵). بررسی مشکلات سن پیری در ایران و جهان. تهران: نشر آشنا.
- حسینی، فریبا. (۱۳۸۷). مقایسه اثر بخشی درونی زوج درمانی رفتاری- شناختی، و هیجان محور بر افسردگی، اضطراب، ناامیدی و رضایت زناشویی مرد ناباور رساله دکتری رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- حسینیان، الهه. (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بیمارستان شفا شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات.
- زاهدبابلان، عادل؛ قاسم پور، عبدالله؛ حسن زاده، شهناز. (۱۳۹۰). نقش بخشش و سرسختی روان شناختی در پیش بینی امید. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۲(۳): ۱۹-۱۲.
- سادوک، جیمز؛ سادوک، آلکوت. (۲۰۱۱). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- شعاع کاظمی، مهر انگیز؛ سعادت، معصومه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنا درمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۳(۲۰۱)، ۴۸-۴۰.
- شیخ پور، نورالله. (۱۳۸۵). تأثیر مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی در افزایش امید به زندگی معلولین نخاعی ناشی از زلزله بم. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران: دانشگاه خاتم الانبیا.
- غلامی، مریم؛ پاشا، غلامرضا؛ سودانی، منصور. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی. *مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۴۲، ۴۵-۲۵.
- فرانکل، ویکتور. (۱۹۶۳). انسان در جستجوی معنا. ترجمه مهین میلانی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات درسا.

- قادری، فائزه؛ خوردی مود، مریم؛ افشاری، رامین. (۱۳۸۸). اثر افسردگی مادران بر بهداشت دهان کودکان. *مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز*. ۱۰(۱): ۸۷-۹۱.
- قراچه داغی، مهدی. (۱۳۸۰). از حال بد به حال خوب، تهران: آرین کار.
- قنبری زرنندی، زهرا؛ گودرزی، محمود. (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله. *مجله تحقیقات زنان*. ۲(۴): ۶۶-۵۷.
- گرفمی، هاجر؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۸۸). اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله اندیشه و رفتار*. ۴(۱۳): ۴۲-۳۵.
- گلدنبرگ، ایرنه؛ گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۹). خانواده درمانی. ترجمه: حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی، الهام ارجمند (۱۳۸۸). تهران: نشر روان.
- گلکاریان، پریسا. (۱۳۸۷). اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی بر کاهش ناامیدی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- مشتاقی، مرضیه؛ علامه، سید فرید؛ آقایی، اصغر. (۱۳۹۰). تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقا سلامت روان ناینبان شهر اصفهان. *مجموعه مقالات اولین همایش روانشناسی سلامت اهواز*.
- مومنی، خدا مراد. (۱۳۹۰). اثر بخشی خاطره پردازي انسجامی و روایتی بر کاهش نشانه‌های افسردگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*. ۱(۳): ۳۸۸-۳۶۱.
- وندر زندن، جیمز. (۲۰۰۸). روانشناسی رشد. ترجمه حمزه گنجی (۱۳۸۷). تهران: نشر ساوالان.
- هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس، پاول؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید. (۲۰۰۷). رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب الله قاسم زاده (۱۳۸۶). تهران: انتشارات ارجمند.

Baboli, A. (2000). Evaluation of managers burnout to Boys government high schools in Tehran city. *Journal Of Education Management* , 26,44-60.

Breitbart, W., Gibson, C. H., Poppito, S. N., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life. 366-372.

- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1980). *The family life cycle. A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1988). Overview: The changing family life cycle: A framework for family therapy. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds), *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed). New York: Allyn and Bacon.
- Corey, G. (2005). *Theory and practice in group counseling and therapy*. Ga:brooks-cde.
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5th ed). New York:Lippincott.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M.d. New York: W. W. Norton.
- Kang, K., Jea, I.M., Kim, I.M., Hee-Su, K., Shingjeang, K., Mi-Kyung, S., & Sonyong, S. (2009). The effect of Logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of Adolescents with Terminal cancer. *Journal of Current Directions in Psychological Science*: 312- 319.
- Kantor, D., & Lehr, W. (1975). *Inside the family*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Kaye, K. (1985). Toward a developmental psychology of the family. In L. Labate (Ed.), *The handbook of family psychology and therapy* (Vol. 1). Homewood, IL: Dorsey Prees.
- Khaledian, M., hasanpour, S., & Ghadermarzi, H. A Survey on the Comparison of Mental Health and Life Expectancy in Employed and Unemployed People. *International Journal of Applied Psychology*. 2012; 2 (6): 137 – 141.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning in the enhancement of hope and prevention of the depressive symptoms. *Journal of Personality*. 73: 985- 994.
- Pittman, F. (1987). *Turning points: Treating families in transition and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Prochaska, J., & Norcross, C. (1999). *Theories of psychotherapy*. Translated by seyed mohammadi. Tehran: Rushed publisher 1383.
- Shamsesfandabadi, H., Hashemian, K., & Shafiabadi, H. (2007). Effectiveness of teaching methods on the despair and sense of humor social adjustment of depressed students in Tehran. *Journal of new ideas in educational sciences*; 3(1): 81-99.
- Snyder, C. R., & Lopez, S.J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York, Sage publication Inc.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*; 13: 249-75.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, S. A., Sigmon, S., & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*: 60(4): 570-85.
- Snyder, C. R., Haridi, D., Stephen, S., Cheavens, J., Michael, J., Scott, T., Yamhure, L., & sympson, S. (2000). The role of hope in cognitive behavior therapies. *Cognitive therapy and Research*, 24 (6): 747-762.
- Snyder, M. (2006). The discursive proportion of hope: A qualitative analysis of cancer patients speech, qualitaive health research; 12(2).



- Terkelson, K. G. (1980). Toward a theory of the family life cycle. In E. A. New York: Gardner .
- Wong, P. T. P. (2000). Meaning in life and meaning in death in successful aging. Pensilvania: Brunnermazel.
- Zilbach, J. J. (1989). The family life cycle: A framework for understanding children in family therapy. IN L. Combrinck-Graham (Ed), children in family context: Perspectives on treatment. New York: Guilford Press.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی