



## The Comparison of the effectiveness group counseling through group therapy with group cognitive-behavioral therapy on the feeling of loneliness and life expectancy among students suffering from depression disorder at Islamic Azad University of Rasht

**Tooba seghati Ph.D Student**

Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Abdollah shafiabadi. Ph.D**

Visiting Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Mansour Sodani. Ph.D**

Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

**Maryam Gholamzadeh jofreh. Ph.D**

Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

### Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness group counseling through group therapy with group cognitive-behavioral therapy on the feeling of loneliness and life expectancy among students suffering from depression disorder. The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test with control group and follow-up test. The statistical population consisted of 75 students referred to the counseling center who had depressive disorder, among them 45 who were in addition to their inclusion criteria in the Loneliness Scale of University of California at Los Angeles (1980) and Beck Depression Inventory (1996) Scale and lower Hope in Miller Hope Scale (1988) in a randomized design in three groups of 15 each. Allocated. The experimental group received Cognitive-Behavioral group counseling. After completion of the post-test, follow-up test was performed one month later. The results showed that there was a significant difference between the mean scores of pre-test and post-test in experimental and control groups ( $P < 0.0001$ ). Both treatments were effective and continued until follow-up. Comparison of treatment groups indicates the same effect of group counseling on reducing loneliness and life expectancy. Group counseling in a cognitive-behavioral and cognitive-behavioral way can be an effective psychological treatment to reduce feelings of loneliness and increase the life expectancy of people with depression.

**Keywords:** Logical group counseling, Cognitive-behavioral, Feeling lonely, Life expectancy, students

## مقایسه اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با شناختی- رفتاری گروهی بر احساس تنهایی و امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی

طوبی تقی

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

عبدالله شفیعی آبادی

استاد مدعو گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

منصور سودانی

استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

مریم غلام زاده جفره

استادیار گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با شناختی- رفتاری بر احساس تنهایی و امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی انجام پذیرفت. روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و آزمون پیگیری بود. جامعه آماری ۷۵ نفر دانشجوی مشاوره مراجعه کننده به مرکز مشاوره که اختلال افسردگی داشتند از بین آن‌ها ۴۵ نفر که علاوه بر معیارهای ورود نمرات آن‌ها در آزمون احساس تنهایی (Russell, 1980) و افسردگی (Beck, 1996) بالاتر و در آزمون امید به زندگی (Miller, 1988) پایین تر بود به شیوه تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری تخصیص یافتند. گروه‌های آزمون مشاوره گروهی معنا درمانی و شناختی- رفتاری را دریافت نمودند. پس از اتمام دوره درمانی پس آزمون انجام و یک‌ماه پس آن، آزمون پیگیری اجرا گردید. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.0001$ ). هر دو شیوه درمانی مؤثر بوده و این نتیجه تا مرحله پیگیری تداوم داشت. مقایسه گروه‌های درمانی بیانگر تاثیر یکسان مشاوره گروهی در کاهش احساس تنهایی و امید به زندگی می‌باشد. مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی و شناختی- رفتاری می‌تواند به عنوان یک روش روان‌شناختی مؤثر موجب کاهش احساس تنهایی و افزایش امید به زندگی مبتلایان به اختلال افسردگی باشد.

**واژه‌های کلیدی:** مشاوره گروهی معنا درمانی، شناختی- رفتاری، احساس تنهایی، امید به زندگی، دانشجویان

## مقدمه

آوردن مسیرهای مطلوب در جهت دستیابی به اهداف و برانگیخته شدن در جهت استفاده از این راه‌ها است (Du, Bernardo & Yeung, 2015). امید نخستین بار توسط اشنايدر مطرح شده و همچنين اشنايدر مداخله‌ای مبتنی بر امید را نیز گسترش داده است. (Snyder et al., 2006) در تعریفی، امید را مجموعه‌ای ذهنی دانند که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است.

برای چنین مشکلاتی صاحب‌نظران و متخصصان علوم رفتاری راهکارها و الگوهای مختلفی را ارائه نموده‌اند یکی از این الگوها به منظور کمک به دانشجویان برای کاهش احساس تنهایی و افزایش امید به زندگی رویکرد معنادرمانی است. معنادرمانی، رویکرد فلسفی درباره مردم و هستی آنها است و به مضامین و موضوعات مهم زندگی مانند آزادی و مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران، معنایابی و کنار آمدن با بی‌معنایی و همانند آنها می‌پردازد. این رویکرد، انسان‌ها را وامی‌دارد تا آن سوی مشکلات و وقایع روزمره را ببینند (Sharf, 2000). بنابراین به‌منظور کمک به نوجوان و جوانان با چالش‌های این دوره تدارک خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی ضروری است این خدمات طیفی از درمان‌های گروهی و فردی را شامل می‌شود. هدف مشاوره گروهی در وهله اول حل مشکل و در مرحله دوم معمولاً جلوگیری از بروز مشکل است (Shafiabady, 2018).

Frankl, (1967) معتقد است که درست در جایی که ما با یک موقعیت روبرو می‌شویم که نمی‌توانیم آن را تغییر دهیم از ما انتظار می‌رود که خود را تغییر دهیم، رشد کنیم، بالغ شویم و از خود فراتر رویم (Garcia-Alandete, 2015).

یکی از الگوهای دیگر ارائه شده رویکرد شناختی-رفتاری است. درمان شناختی-رفتاری متشکل از فنون شناختی و رفتاری است و هدف آن پیدا کردن راه‌حلهایی برای مسائل بیمار است (Haynes, 2015). این درمان می‌تواند در اصلاح شیوه‌های پردازشی و رفتاری مراجع مؤثر باشد زیرا اساس رفتار درمانی شناختی این است که افکار غیر انطباقی علت رفتار غیر انطباقی است و افراد باید طرق جدید فکر کردن را بیاموزند. رویکرد درمان شناختی-رفتاری تلفیقی از دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی

دانشجویان از ارکان اصلی سرمایه‌های انسانی کشور محسوب می‌شوند و نقش بسزایی در تحول، پیشرفت و تعالی هر کشوری دارند. با توجه به اهمیت نقش دانشجویان در پیشرفت و تعالی جوامع، طبیعی است که بررسی عوامل مؤثر در رشد، ارضای نیازهای روانی و تأمین سلامت جسمانی و روان‌شناختی این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. این سرمایه‌ها در طول زندگی با مشکلاتی مواجه می‌شوند که یکی از آنها افسردگی است. افسردگی یک مسأله بحث برانگیز در حوزه بهداشت روانی است و باید کارهای فراوانی در مورد آن صورت گیرد. افسردگی به عنوان یک حالت خلقی بهنجار تجربه‌ای متداول است. در افسردگی خفیف فرد به نشخوار فکری در مورد مسائل منفی می‌پردازد و اکثر اوقات احساس‌هایی مثل ملال، تحریک‌پذیری و خشم را تجربه می‌کند، در حالی که برای خود متاسف و غصه‌دار است و به گرفتن اطمینان خاطر از دیگران شدیداً نیازمند می‌باشد. افرادی که افسردگی خفیف را تجربه می‌کنند در مورد گذشته مشغله ذهنی دارند و به آینده بدبین اند (kaviani et al. 2017).

افسردگی پیامدهایی دارد و یکی از این پیامدها احساس تنهایی است. احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به تجربه نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می‌شود (Seghati, Shafiabady & Soodany, 2014). احساس تنهایی علاوه بر آنکه خود احساس آزاردهنده‌ای است می‌تواند باعث مشکلات روانی گردد. همچنین خطر خودکشی را نیز افزایش می‌دهد (Han, Adeyemi & Wilson, 2017). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که احساس تنهایی مقدمه‌ای افسردگی و فراموشی است و ادامه‌ی حیات را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Routasalo et al., 2006). یکی دیگر از عوارض افسردگی کاهش امید به زندگی است. امید (Hope) مفهومی است که در دو دهه اخیر احتمالاً بیشترین پژوهش‌ها را به سوی خود جلب کرده است. امید فرآیندی است که به افراد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کرده و آن را پیگیری کنند (Feldman, Kubota, 2015). امید قابلیت درک شده از به وجود

افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی مؤثر هستند. با توجه به مباحث نظری مطرح شده پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی علمی به این سوال است که آیا اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با شناختی- رفتاری گروهی بر احساس تنهایی و امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی تا مرحله پیگیری ماندگار است؟ لذا بنا به اهمیت و ضرورت موضوع هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با شناختی- رفتاری بر احساس تنهایی و امید به زندگی در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی است. که تلاش می کند به فرضیه های زیر پاسخ دهد:

۱. مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی و مشاوره شناختی - رفتاری گروهی بر احساس تنهایی و امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی تأثیر دارد.
۲. مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی بر احساس تنهایی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی تأثیر دارد.
۳. مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی بر امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی تأثیر دارد.
۴. مشاوره شناختی - رفتاری گروهی بر احساس تنهایی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی تأثیر دارد.
۵. مشاوره شناختی - رفتاری گروهی بر امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی تأثیر دارد.
۶. بین اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی و مشاوره شناختی - رفتاری گروهی بر احساس تنهایی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی تفاوت وجود دارد.
۷. بین اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی و مشاوره شناختی - رفتاری گروهی بر امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی تفاوت وجود دارد.

### روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و آزمون پیگیری بود. جامعه آماری شامل ۷۵ نفر دانشجوی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ که توسط روان پزشک

است که به ترتیب در بستر شرطی سازی پاولفی و بر اساس دانش و شناخت پایه ریزی شده است. در دو دهه اخیر پژوهشگران و روان شناسان بسیاری از رویکرد درمان شناختی رفتاری بهره می گیرند تا به افراد یاد بدهند که چگونه با زندگی کنار بیایند (Sudak, 2012). درمان شناختی- رفتاری بر مدل آموزش روانی ساختار دار استوار است، بر نقش تکلیف خانگی تاکید می کند، درمان جو را مسئول پذیرفتن نقش فعال در جلسات درمان و خارج از آن می داند، برقرار کردن اتحاد درمانی نیرومند تاکید می کند و برای ایجاد کردن تغییر، از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری کمک می گیرند (Lorenzo et al. 2016).

Eliss, (1986) به نقش تفکر در اضطراب و افسردگی پرداخته است. وی معتقد است اضطراب و افسردگی نتیجه طرز تفکر غیر منطقی و غیر عقلانی است به نظر او افکار و عواطف کنش های متفاوت و جداگانه ای نیستند. از این رو تا زمانی که تفکر غیر عقلانی ادامه دارد اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهند بود. انسان اختلالات و رفتار غیر منطقی اش را از طریق بازگو کردن آن ها برای خود تداوم می بخشد. به نظر الیس افرادی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیر عقلانی خویش می کنند احتمالاً خود را در حالت احساس تنهایی، افسردگی، خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، عدم کنترل و نا امیدی قرار می دهند. تمام مشکلات عاطفی افراد از تفکرات جادویی و موهومی آن ها سرچشمه می گیرد که از نظر تجربی معتبر نیستند (Shafiabadi & Naseri, 2018).

نتایج پژوهش های (Asarnow & Manber, 2019; Oar et al. 2010; Powers, 2017; McHugh et al. 2017) نشان از آن داشت که درمان شناختی- رفتاری می تواند منجر به علائم افسردگی شود. (Cohen et al. 2018) در پژوهش خود با استفاده از روش های مختلف شناخت درمانی توانستند میزان باورهای غیر منطقی و احساس تنهایی را کاهش دهند. (Khaledian et al. 2016) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی- رفتاری و معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی به نتیجه رسیدند که هر دو درمان شناختی- رفتاری و معنا درمانی در کاهش افسردگی و

(1996)، ۰/۹۳ بود. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور به منظور تعیین شدت افسردگی و به عنوان مقیاسی برای سرند کردن آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد. یک نمونه از سوالات پرسشنامه: خیلی اوقات احساس غمگینی می‌کنم.

**مقیاس تجدیدنظر شده‌ی احساس تنهایی (University of California at Los Angeles Loneliness Scale):** این مقیاس را «Russell et al» در سال ۱۹۸۰ ساختند که دارای ۲۰ سؤال است. شیوه‌ی نمره‌گذاری این مقیاس شامل عبارات توصیفی و چهارگزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب) است. این مقیاس دارای نمره‌گذاری معکوس نیز هست. کمترین نمره‌ای که آزمودنی در آزمون به دست می‌آورد ۲۰ و بیشترین آن ۸۰ است. شکرکن و میردربکوند (۱۳۷۸) این مقیاس را ترجمه کردند و پس از یک اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفتند. گزارش‌ها و شواهد نشان‌دهنده‌ی اعتبار همزمان این ابزار سنجش است (۰/۵۳ =  $r$ ). اعتبار آزمون به روش بازآزمایی ۰/۸۹ گزارش شده است (Russell et al. 1980). همچنین در سال 1988 Russell et al. اعتبار این آزمون را در بازآزمایی مجدد ۰/۷۸ گزارش کردند (Russell, Peplau & Ferguson, 1988). در مطالعه‌ای که (Mirdarivand 1999) انجام داد، همبستگی بین مقیاس‌های جدید و مقیاس اصلی ۰/۹۱ گزارش شد که اعتبار بالای این مقیاس را نشان می‌دهد (Mirdarivand, 1999). در پژوهش Seghati et al. (2014) به منظور تعیین اعتبار مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد. یک نمونه از سوالات پرسشنامه: کسی را ندارم که با او درد و دل کنم.

**مقیاس امید «میلر» (Miller Hope Scale):** مقیاس امید Miller در سال ۱۹۸۸ توسط Miller & Powers ساخته شد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۷ سؤال افزایش یافت. این پرسشنامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره هر فرد ۴۸ و حداکثر آن ۲۴۰ است و

تشخیص اختلال افسردگی داده شده و نمونه آماری ۴۵ نفر از جامعه فوق که علاوه بر معیارهای ورود و خروج نمرات آن‌ها در آزمون احساس تنهایی و افسردگی بالاتر و در آزمون امید به زندگی پایین‌تر از نقطه برش بود انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (معنا درمانی، شناختی-رفتاری و گروه گواه) جایگزین شدند. در ابتدا دانشجویانی که تمایل به شرکت در این دوره را داشتند پرسشنامه‌های احساس تنهایی (UCLL)، افسردگی بک (BDI-II) و مقیاس امید میلر (MHI) را تکمیل نمودند (پیش آزمون). پس از بررسی نمرات و گروه بندی نمونه، گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۰ هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه و یک بار در هفته) مشاوره گروهی معنا درمانی و شناختی-رفتاری را دریافت نمودند. پس از اتمام دوره درمانی هر سه گروه مجدداً مورد پس آزمون قرار گرفته و یک‌ماه پس از اجرای پس آزمون، آزمون پیگیری روی آن‌ها اجرا گردید. سن دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی ۲۰ تا ۳۵ سال است. ۱۸ نفر آن‌ها پسر و ۲۷ نفر دختر است. معیار ورود در این پژوهش دارا بودن ملاک‌های تشخیصی افسردگی طبق نظر روان‌پزشک و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش و معیار خروج ابتلا به هرگونه اختلال شخصیت نظیر پارانویید، شخصیت ضد اجتماعی و بیماری روان شناختی بارز نظیر وسواس-جبری، دو قطبی و اختلال پزشکی بارز بود.

### ابزار سنجش

**آزمون افسردگی بک ۲ (Beck Depression Inventory-II):** مقیاس افسردگی بک برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۷۸ توسط بک تدوین شده بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. (Fattyet al. 2012) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را در ایران بدین شرح گزارش نموده‌اند: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴. همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول (Beck et al, )

شرکت نمودند. زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه و یک بار در هفته برگزار شد. در این مدت گروه گواه درمانی دریافت نکردند. پس از اتمام دوره درمانی هر سه گروه مجدداً مورد آزمون فوق قرار گرفتند و یک‌ماه پس از اجرای پس آزمون، آزمون پیگیری روی آن‌ها اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از روش‌های آمار توصیفی، آزمون لوین، آزمون کلموگروف- اسمیرنف، تحلیل کواریانس یک متغیری (آنکوا)، تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) و روش آلفای کرونباخ جهت ضرایب پایایی استفاده شد. برای تحلیل داده‌های از نرم افزار SPSS24 استفاده شد.

جلسات گروهی به صورت ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شده بود که هفته‌ای یک بار برگزار شد. خلاصه‌ی جلسات در جداول ۱ و ۲ آمده است. پروتکل مشاوره گروهی معنا درمانی بر اساس طرح درمانی هاتزل (۲۰۰۲) تدوین شد.

هر چه فرد نمره بیشتری بگیرد دارای امید بیشتری است (Miller et al. 1988). در یک مطالعه برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ محاسبه شد (Sudani et al. 2013). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۲ به دست آمد.

یک نمونه از سوالات پرسشنامه: من احساس می‌کنم آینده‌ی خوشی در انتظار من است.

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که آزمودنی‌ها پس از انتخاب به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (معنادرمانی و شناختی- رفتاری) و یک گروه گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). سپس به مدت ۱۰ هفته گروه‌های آزمایش در جلسات مشاوره گروهی معنا درمانی و شناختی- رفتاری

جدول ۱. شرح مختصر جلسات معنا درمانی (هاتزل، ۲۰۰۲)

جلسات	شرح محتوای جلسات	تکلیف
جلسه ۱	آشنایی و بیان اهداف و قوانین گروه، بیان مطالب در مورد افسردگی و پیامدهای آن، تعریف و بیان معنا درمانی و لزوم وجود معنا در زندگی. توضیح فن آگاهی از ارزش‌ها، تمرین گروهی آنچه می‌خواهم باشم.	تفکر در مورد مطالب گفته شده و تعریف دقیق معنا درمانی، آغاز نمودن به کشف ارزش‌های خلاق، اجرای پیش آزمون.
جلسه ۲	مرور تکلیف جلسه اول و پیگیری یافتن معنا از حوادث و رخداد های رنج‌آور زندگی، افزایش گفتگوی اعضا با یکدیگر و شناخت و پذیرش احساسات، آگاهی اعضا نسبت به آزادی، مسئولیت، انتخاب و نقش آن‌ها در به دست آوردن موقعیت.	دسته‌بندی و توصیف معنا های شخصی در زندگی، سلسله مراتبی از ارزش‌ها.
جلسه ۳	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، و ارائه پیشنهاداتی در جهت عملی ساختن مصادیق معنا، شفاف‌سازی ارزش‌های خلاق، توزیع برگه ارزش‌ها، کامل کردن کشف ارزش‌های خلاق.	تمرین کسب آگاهی و بینش نسبت به زندگی
جلسه ۴	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، به بحث و چالش کشیدن اعضا در خصوص شیوه‌های معنا خواهی که در کار، عشق و رنج به کار گرفته اند.	اکتشاف ارزش‌های تجربی، تعیین اهداف
جلسه ۵	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، متناسب نمودن اهداف با ارزش‌ها، بحث پیرامون اهداف و برنامه‌های آینده در زندگی دانشجویان در راستای کسب نگرش جدید نسبت به زندگی، اولویت‌بندی اهداف و ارائه راه‌حلی به منظور برطرف نمودن برخی موانع.	تمرین تغییر نگرش‌ها، یافتن معنا از طریق ارزش‌های تجربی و ارزش‌های خلاقانه.
جلسه ۶	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، آموزش افزایش مسئولیت‌پذیری برای معنا، گوش دادن به ندای وجدان، آشنایی با انواع ارزش‌ها، انتخاب ارزش و پذیرش آن معنایی از طریق ارزش‌های تجربی، نگرش و خلاق. پوچی	توجه به ارزش‌های خود، تمرکز بر رفع مشکل با توجه به معنای زندگی و رهایی از پوچی

جلسات	شرح محتوای جلسات	تکلیف
جلسه ۷	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، افزایش افق دید درباره‌ی منشأ معنا، گرفتن معنا از میان تجربه ارزش‌ها و گرفتن معنا از امیدها، گفتگوی گروهی در زمینه خدا در ژرف‌ترین لایه وجودی انسان (خدای ناخودآگاه) و بیان تجربه‌های شخصی در این زمینه.	تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های رها شده، نوشتن سناریوی زندگی خویش از بدو تولد تا لحظه حاضر.
جلسه ۸	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، مرور تکلیف، تحلیل وجودی مسأله مرگ به عنوان مکمل زندگی و هدایت‌کننده‌ی آن با استفاده از فن قصد متضاد، اصلاح نگرش‌ها و گسترش افق‌های فکری در حوزه معنا آموزش داده شد.	تمرین یافتن معنا از طریق ارزش‌های نگرشی، شوخ طبعی، خندیدن به مشکلات زندگی و توجه بیشتر به حکمت.
جلسه ۹	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، بحث درک معنا و هدف از زندگی در بروز احساس تنهایی، ناامیدی و افسردگی و متعهد شدن به هدف خاصی در زندگی آینده از طریق تحلیل وجودی هدفمندی و معناجویی برای ارزش‌های رها شده.	تقویت خود باوری، پذیرش مسئولیت، هدف و معنای جدید برای زندگی. نوشتن سناریوی زندگی خویش از حال تا آینده.
جلسه ۱۰	مرور تکلیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از دانشجویان در مورد پیشرفت، بیان گروه از دستاوردهایشان، شرح خلاصه‌ای از مفاهیم مطرح شده در هر جلسه، جمع‌بندی مباحث و تعیین تاریخ اجرای پس‌آزمون در هفته آینده.	تعیین زمان بازگشت در یک ماه بعد

پروتکل جلسات درمانی شناختی-رفتاری با توجه به منابع مربوط با این رویکرد درمانی، شامل Albert Ellis (2007) و Shafiabady & Naseri (2018) تدوین شد.

#### جدول ۲. شرح مختصر جلسات درمانی شناختی-رفتاری (Ellis, 2007) و (Shafiabady & Naseri 2018)

جلسات	شرح محتوای جلسات	تکلیف
جلسه ۱	آشنایی با اعضا و بیان اصول کار گروهی و توضیح مفهوم افسردگی، معرفی مدل شناختی-رفتاری، شناسایی عوامل فعال‌کننده و باورهای غیرمنطقی.	تفکر در مورد مطالب گفته شده و تعریف دقیق درمان شناختی-رفتاری، احساس تنهایی و امید به زندگی و اجرای پیش‌آزمون
جلسه ۲	مرور تکلیف جلسه اول و ارائه بازخورد، بیان تأثیر افکار و شناخت‌ها بر رفتارها، افزایش خودهشیاری اعضا، آموزش بالا بردن انگیزه امیدواری، آشنایی و آموزش تکنیک آرمیدگی.	نوشتن ۱۰ مورد از بدترین حوادث اخیر زندگی
جلسه ۳	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، بحث در مورد ساختار شناختی و الگوی A-B-C ایس و افکار غیرمنطقی. تمرین تکنیک آرمیدگی.	نوشتن حوادث زندگی بر اساس توالی A (رویداد)، B (افکار منفی)، C (پیامد).
جلسه ۴	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، شناسایی واکنش‌ها و رفتارهای غیرمنطقی، آموزش رفتارهای مقابله با باورهای غیرمنطقی، کاربرد تصویرپردازی عقلانی-هیجانی	تاکید بر اجرای هر روزه تمرینات آرمیدگی به مدت ۳۰ دقیقه و

جلسات	شرح محتوای جلسات	تکلیف
	در موقعیت‌های اجتماعی و آموزش درک پیامدهای آن.	نوشتن افکار مثبت.
جلسه ۵	غیرمنطقی، آموزش تهیه فهرست باورها.	یادداشت موقعیت تنش زا در چرخه CBT و طرحواره های ناسازگار در زندگی شخصی
جلسه ۶	غیرمنطقی، تمریناتی در مورد آغاز کردن گفتگو با دیگران و تعامل با آن‌ها اجرا گردید.	تهیه فهرست اصلی باورهای منفی و مثبت و درجه بندی هر باور.
جلسه ۷	مشکل، تمرین تصویرسازی ذهنی.	تکمیل فهرست اصلی باورها و اعتقادات و تحلیل عینی باورهای شناسایی شده.
جلسه ۸	تحریف شده، بازسازی افکار و جایگزینی افکار منطقی تر.	جایگزینی افکار منفی با افکار باورهای مثبت و درجه اعتقاد به باورهای مثبت.
جلسه ۹	آموزش روش مجادله برای اصلاح و تغییر باورهای غیرمنطقی.	خود پاداش دهی برای تغییر فکر
جلسه ۱۰	پس آزمون در هفته آینده تعیین گردید.	تعیین زمان بازگشت در یک ماه بعد

### یافته‌ها

الف) یافته های توصیفی: یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره های احساس تنهایی و امید به زندگی گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	مرحله	احساس تنهایی		امید به زندگی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی	پس آزمون	۳۵/۵۳	۴/۷۳	۲۰۲/۹۳	۱۳/۶۷
	پیگیری	۳۵/۲۰	۶/۱۴	۲۰۴/۸۷	۱۴/۸۰
مشاوره شناختی - رفتاری (CBT)	پس آزمون	۳۴/۵۳	۳/۴۲	۲۰۰/۰۰	۱۵/۰۹
	پیگیری	۳۳/۶۷	۶/۷۸	۱۹۶/۲۷	۱۶/۱۴
کنترل	پس آزمون	۴۶/۶۷	۱۰/۲۱	۱۵۹/۰۷	۲۴/۸۲
	پیگیری	۵۰/۶۷	۵/۷۰	۱۴۵/۱۳	۲۲/۲۳

ب) یافته‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون احساس تنهایی و امید به زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، با بررسی پیش آزمون در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون احساس تنهایی و امید به زندگی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۶۱۶	۴	۸۰	۸/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹۹
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۹۰	۴	۷۸	۱۱/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۴	۴	۷۶	۱۴/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۵۳	۲	۴۰	۳۰/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (احساس تنهایی و امید به زندگی) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=11/71$  و  $p < 0/0001$ )، بنابراین فرضیه ۱ تأیید می‌گردد. برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین سه گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون احساس تنهایی و امید به زندگی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۵۵/۱۳	۱	۵۵/۱۳	۱/۱۷	۰/۲۸۵	۰/۰۳	۰/۱۸۵
گروه	۱۲۸۲/۷۶	۲	۱۲۸۲/۷۶	۱۳/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۹۷
پیش آزمون	۱۷۴/۹۶	۱	۱۷۴/۹۶	۰/۴۹۷	۰/۴۸۵	۰/۰۱	۰/۱۰۶
گروه	۱۸۰۲۶/۹۴	۲	۱۸۰۲۶/۹۴	۲۵/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ احساس تنهایی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=13/64$  و  $p < 0/0001$ ). معنی دار شدن تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس نشان نمی‌دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد لذا بدنبال این تحلیل، از تحلیل تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.



جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بین نمرات میانگین پس آزمون احساس تنهایی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

گروه ها	میانگین	مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی	مشاوره مشاوره شناختی - رفتاری	کنترل
۱ معنا درمانی	۳۵/۴۳		* ( $p=۰/۹۹۹$ )	* ( $p=۰/۰۰۰۱$ )
۲ شناختی - رفتاری	۳۴/۷۷			* ( $p=۰/۰۰۰۱$ )
۳ کنترل	۴۶/۵۲			

همان طوری که در جدول ۶ ارائه شده است بین میانگین پس آزمون احساس تنهایی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی مشاوره گروهی معنا درمانی با گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p=۰/۰۰۰۱$ ). بنابراین فرضیه ۲ تأیید می گردد. به عبارت دیگر، مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با توجه به میانگین احساس تنهایی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش احساس تنهایی گروه آزمایش شده است. بین گروه های آزمایشی دو گانه (مشاوره معنا درمانی و مشاوره شناختی - رفتاری «CBT») از لحاظ احساس تنهایی تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p=۰/۹۹۹$ )، بنابراین فرضیه ۶ تأیید نمی گردد. این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی و مشاوره شناختی - رفتاری گروهی در کاهش احساس تنهایی می باشد.

همان طوری که در جدول ۶ ارائه شده است بین میانگین پس آزمون احساس تنهایی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی مشاوره گروهی معنا درمانی با گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p=۰/۰۰۰۱$ ). بنابراین فرضیه ۲ تأیید می گردد. به عبارت دیگر، مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با توجه به میانگین احساس تنهایی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش احساس تنهایی گروه آزمایش شده است. همچنین بین میانگین پس آزمون احساس تنهایی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه مشاوره شناختی - رفتاری «CBT» و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بین نمرات میانگین پس آزمون امید به زندگی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

گروه ها	میانگین	مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی	مشاوره مشاوره شناختی - رفتاری	کنترل
۱ معنا درمانی	۲۰۳/۶۷		* ( $p=۰/۹۹۹$ )	* ( $p=۰/۰۰۰۱$ )
۲ شناختی - رفتاری	۱۹۹/۵۰			* ( $p=۰/۰۰۰۱$ )
۳ کنترل	۱۵۸/۸۳			

همان طوری که در جدول ۷ نشان داده شده است بین میانگین پس آزمون امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه مشاوره گروهی معنا درمانی با گروه کنترل تفاوت معنی داری مشاهده می شود ( $p=۰/۰۰۰۱$ )، بنابراین فرضیه ۳ تأیید می گردد. به عبارت دیگر، مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با توجه به میانگین امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه آزمایش

نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش امید به زندگی گروه آزمایش شده است. همچنین بین میانگین پس آزمون امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه مشاوره شناختی - رفتاری «CBT» با گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p=۰/۰۰۰۱$ )، بنابراین فرضیه ۵ تأیید می گردد. به عبارت دیگر، مشاوره شناختی - رفتاری (CBT) با توجه به میانگین امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال

و کمک به آن‌ها برای روشن ساختن تغییراتی که در زندگی مایلند بدان دست یابند. معنادرمانی از روش‌های درمانی موثر است که در غالب کار گروهی امکان پذیر است. این روش که در زمره رویکرد وجودی است، ساختار مفهومی را در کمک به مراجعان برای چالش با یافتن معنا در زندگی شان آماده می‌کند.

در تبیین نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت: شرکت در جلسات آموزشی با تأکید بر معنا، هدف و ارزش‌های زندگی و تعامل با هم‌تابان خود مسئولیت‌پذیری را در فرد افزایش می‌دهد. فرد با قبول مسئولیت و پذیرش شرایط فعلی خود به فعالیت و تلاش برای بهبود و تشویق می‌شود. این امر زمینه را برای کاهش احساس تنهایی، افسردگی و افزایش امید به زندگی فراهم می‌کند. از طریق این‌گونه مداخلات به بیمار کمک می‌شود تا زمان حال و بهبود فعلی خود را کوچک تلقی نکند و از آینده‌ای که هنوز نیامده یأس و ترس نداشته باشد و باعث افزایش امید به زندگی گردد. یافتن معنی در زندگی حاصل مشغولیت است که احساس تعهد نسبت به آفریدن، عشق ورزیدن، کار کردن و سازندگی است. گزینش هدف و یافتن معنی در زندگی می‌تواند به افراد شکست‌خورده و آسیب‌دیده کمک کند تا بر احساس تنهایی، افسردگی و ناامیدی خود چیره شوند و مسئولیت زندگی‌شان را بپذیرند (Kamarzarin, 2013).

از جمله عوامل احساس تنهایی سنجش منفی از خود و دیگران است. افرادی که احساس تنهایی می‌کنند دارای باورهای ارتباطی غیرمنطقی، باورهای اغراق‌آمیز، مطلق‌گرا، نامعقول و انعطاف‌ناپذیر هستند، افکار غیرمنطقی با واقعیت همگونی ندارد و بر اساس ظن و گمان هستند. فرد واجد تفکر غیرمنطقی، حکم‌های از پیش تعیین شده داشته و حالت‌های آشفته از قبیل افسردگی، اضطراب دارد. به دلیل این که فکر غیرمنطقی با واقعیت در ارتباط نیست، موجب تعارض شده و مانع برخورد موفقیت‌آمیز فرد با حوادث و الزام‌های زندگی می‌شود. انسان‌ها معمولاً می‌خواهند از تنهایی خویش، روابط اجتماعی خویش با دیگران یا کار کردن و تفریحات خویش لذت ببرند و عقاید معیوب آن‌ها اجازه نمی‌دهد به هدف خود برسند (Sharf, 2000).

افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش امید به زندگی گروه آزمایش شده است. بین گروه‌های آزمایشی دو گانه (مشاوره گروهی معنا درمانی و مشاوره شناختی - رفتاری «CBT») از لحاظ امید به زندگی تفاوت معنی داری مشاهده نمی‌شود ( $p=0/999$ )، بنابراین فرضیه ۷ تأیید نمی‌گردد. این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با مشاوره شناختی - رفتاری گروهی در افزایش امید به زندگی می‌باشد.

### بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی با شناختی - رفتاری بر افزایش امید به زندگی در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی صورت گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که هر دو شیوه‌ی روان‌درمانی (معنادرمانی و شناختی - رفتاری) در کاهش حالات مهم روان‌شناختی دانشجویان مؤثر است و این نتیجه تا مرحله پیگیری از تداوم برخوردار بوده است. مقایسه گروه‌های درمانی بیانگر تأثیر یکسان مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی با شناختی - رفتاری در کاهش احساس تنهایی و امید به زندگی می‌باشد ( $0/001 < P$ ). بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌گردد.

یافته‌های حاصل از فرضیه اول با نتایج پژوهشگرانی مانند (Asarnow & Monber (2019); Cohen et al.(2018); Kamarzarin (2013); Khaledian et al. (2016); Shafiabady (2018) همخوان است و یافته‌های آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. در این راستا (Khaledian et al. (2016) از معنا درمانی برای کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی مردان و زنان سندرم آشیانه خالی استفاده کرد. او با معنا درمانی به بیماران کمک کرد تا معنایابی را شروع و در طول درمان حفظ نمایند. روش معنادرمانی بیان می‌کند چنان زندگی کن گویی باردومی است که به دنیا آمدی. معنادرمانی می‌کوشد فرد را به گونه‌ای از وظیفه مسئولیت‌پذیری اش آگاه سازد. پس این وظیفه را به عهده فرد می‌گذارد که خود گزینش کند که در برابر چه کسی و چه چیزی تا چه اندازه مسئول است. (Shafiabady (2018) معتقد است گروه درمانی فعالیتی است برای افزایش آگاهی افراد از خودشان و دیگران

با توجه به نتایج بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه مشاوره گروهی معنا درمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده می شود ( $p = 0/0001$ ) بنابراین فرضیه ۳ تأیید می گردد. به عبارت دیگر مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با توجه به میانگین امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل موجب افزایش امید به زندگی گروه آزمایش شده است. و این نتیجه تا مرحله پیگیری از ثبات برخوردار بوده است.

یافته های پژوهش با نتایج ( Breitbart, 2012; Sudani et al. 2013) همخوان است و یافته ای آن ها را مورد تأیید قرار می دهد. در این راستا (Sudani et al. 2013) در پژوهشی با عنوان معنادرمانی گروهی باعث افزایش معنادار امید به زندگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شد. همچنین پس از اجرای جلسات، پیگیری با فاصله یک ماهه، سودمندی معنادرمانی گروهی را نشان داد.

در تبیین یافته های این پژوهش می توان عنوان کرد که انسان واکنش خود را در برابر رنج ها و سختی های ناخواسته ولی پیش آمده و شرایط محیطی، خود انتخاب می کند و هیچکس را جز «خود» او سرنوشت نامطلوبشان نیست بلکه بی معنا شدن زندگی است و معنا تنها در لذت و شادمانی و خوشی نیست، بلکه در رنج هم می توان معنایی یافت. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین دم، زندگی معنادار خواهد شد. پس می توان گفت معنای زندگی امری مشروط نیست زیرا معنای زندگی می تواند حتی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد ( Frankel, 1988).

معنا یکی از متغیرهای مربوط به رشد است که باعث به وجود آمدن موقعیت هایی می شود که در آن شادی و امید به زندگی را برای فرد به همراه دارد. بنابراین معنا می تواند به شادی و رضایت همه جانبه افراد کمک کند ( Kiang, 2009). شخصیت های سالم به آینده می نگرند و به هدف ها و وظایف آن ها توجه می کنند. فرانکل می نویسد « این ویژگی اسان است که تنها با نگرش به آینده می تواند زندگی کند» (Sudani et al. 2013).

با توجه به نتایج بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و گواه از لحاظ احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد ( $p = 0/0001$ )، بنابراین فرضیه ۲ تأیید می گردد. به عبارت دیگر مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با توجه به میانگین احساس تنهایی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل موجب کاهش احساس تنهایی گروه آزمایش شده است. و این نتیجه تا مرحله پیگیری از ثبات برخوردار بوده است. یافته های پژوهش با نتایج پژوهش های (Sudani et al. 2013; Sticklely, A., & Koyanagi, 2016); Shafiabady (2013); Sudani et al. (2013) همخوان است. در این راستا (Sudani et al. 2013); در پژوهشی با عنوان اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی گروهی موجب کاهش احساس تنهایی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد.

در تبیین نتایج حاصل از این پژوهش می توان گفت: یک راهبرد اصلی برای مؤثر بودن مشاوره گروهی معنا درمانی، ارائه آموزش و درمان در گروه است. با توجه به این که افراد در گروه امکان رد و بددل کردن احساسات و یادگیری رفتارهای تازه برایشان فراهم می باشد، اثربخشی آن نسبت به درمان های فردی بیشتر می شود به خصوص برای مشکلاتی که مربوط به روابط فرد با دیگران می باشد ( Orment & Yalom, 2012). به عبارتی انسجام درمان های گروهی به کاهش احساس تنهایی کمک می کند. افراد در گروه احساس می کنند که توسط سایر اعضا درک می شوند و مهم می باشند و روابط گروهی شروعی برای دوستی های نزدیک است و حمایتی از سوی دیگر اعضا کسب می کنند و همچنین آرامش و امنیتی را که در مشاوره گروهی به دست می آورند در کاهش علائم آن ها بسیار مؤثر واقع می شود. از سوی دیگر به دلیل این که افراد در گروه گروه متوجه می شوند که دیگران نیز مانند آن ها از مشکل مشابه ای رنج می برند، بهتر می توانند روابط خود را مدیریت کنند و آرامش و امید کسب نمایند تا بتوانند با مشکلات خود به صورت مستقیم برخورد کنند (Shafiabady, 2018).

یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های (Snyder & Lopez, 2007; Khaledian & Jalalian, 2013) همخوان است. در این راستا (Snyder & Lopez, 2007) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای سطوح امیدواری بالا وقتی در بزرگسالی با مسائلی مواجه می‌شوند تمایل پیدا می‌کنند که مسائل بزرگ را به مسائل کوچک و روشن و قابل اداره تجزیه کنند.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت: درمان شناختی-رفتاری عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به افراد در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان که معمولاً هشت تا دوازده جلسه می‌باشد، فرد یاد می‌گیرد که چگونه عواطف و الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی را که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارشان هستند شناسایی کند و تغییر دهد (Shafiabady, 2018).

همچنین بر اساس نتایج فرضیه ۶ بین گروه‌های آزمایشی دوگانه مشاوره گروهی به درمانی با شناختی-رفتاری گروهی از لحاظ احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=0/999$ ) و این نتیجه تا مرحله پیگیری از تداوم برخوردار بوده است. این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی با شناختی-رفتاری گروهی در کاهش احساس تنهایی می‌باشد. یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های همخوان است. در این راستا (Gill et al. 2011) پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر زنان مطلقه دارای نشانه افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی انجام دادند نتایج نشان دهنده کاهش قابل ملاحظه افسردگی و احساس تنهایی بعد از مداخله CBT بود.

در تبیین نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت: مشاوره گروهی معنادرمانی، احیای معنا برای زندگی دانشجویانی است که از افسردگی، احساس تنهایی و امید به زندگی پایین رنج می‌برند، زیرا آسیب روانی به ویژه احساس تنهایی هنگامی به وجود می‌آید که معنایابی با شکست رو به رو شود در معنا درمانی به فرد کمک می‌شود تا با قرار دادن خود در بافت بزرگتر فلسفه‌ای از زندگی مبنی بر این که فرد برای وجود حیاتش مسئول است، به دست بیاورد در

با توجه به نتایج ملاحظه می‌شود که با کنترل پیش‌آزمون بین دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ احساس تنهایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p=0/0001$ )، در نتیجه فرضیه ۴ تأیید می‌گردد. و این نتیجه تا مرحله پیگیری از ثبات برخوردار بوده است. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش‌های (Alvi, 2013; Shafiabady, 2018); Sudani et al. (2013) همخوان است. در این راستا (Alvi, 2013) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر احساس تنهایی و ایده‌های خودکشی در نوجوانان اقدام‌کننده به رفتارهای خودکشی نشان داد که آموزش گروهی درمان شناختی-رفتاری در نوجوانان منجر به کاهش احساس تنهایی در آنها شده و همچنین، ایده‌ها و رفتارهای خودکشی‌گرایانه را در آنها کاهش می‌دهد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت: انسان‌ها بر اساس چند رویداد منفی تعمیم افراطی می‌دهند و فکرشان را تحریب می‌کنند. درمان شناختی-رفتاری بر تمایل منفی در فرآیند اطلاعات که نتیجه‌ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده؛ که با باورهای ناسازگارانه‌ای که به وسیله فرد برانگیخته می‌شود، ارتباط دارد، تأکید می‌کند. تکنیک‌های شناختی-رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و احساس تنهایی و افسردگی را کاهش می‌دهند (Shafiabady & Naser 2018). با توجه به این که افراد افسرده ممکن است نسبت به زندگی خود افکار منفی داشته باشند 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 و باعث کاهش افسردگی و احساس تنهایی در این افراد گردد.

با توجه به نتایج بین‌میانگین پس‌آزمون امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه مشاوره شناختی-رفتاری با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p=0/0001$ ) بنابراین فرضیه ۵ تأیید می‌گردد. و این نتیجه تا مرحله پیگیری از ثبات برخوردار بوده است.

Beck et al او ارائه شده است. به نظر او عوامل شناختی ( تفکرات، تصورات، خاطرات و مانند آنها) ارتباط نزدیکی با رفتار دارای اختلال دارند و برای تغییر دادن رفتار اصلاح چنین عواملی مکانیسم مهمی به حساب می آید ( Shafiabady & Naseri, 2018). مشاوره و روان درمانی گروهی یکی از روش های متداول در برخورد با اشخاص است که دچار مشکلات عاطفی و سازشی هستند و این نوع درمان برای تجدید سازمان نیروهای روانی دارای اهمیت به سزایی است (Shafiabady, 2018).

این پژوهش با محدودیت های خاصی روبرو بود. منحصر بودن نمونه پژوهش به جامعه ی دانشجویان، ناکافی بودن پژوهش های داخلی و عدم دسترسی به یافته های پژوهش در زمینه مورد مطالعه، می تواند از جمله محدودیت های پژوهش حاضر به شمار روند. امید است در پژوهش های بعدی با لحاظ کردن این موارد بر توان تعمیم پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود. در این راستا به پژوهشگران پیشنهاد می شوند که در تحقیقات آتی خود از ترکیب هر دو رویکرد استفاده کنند تا این نتیجه حاصل شود که آیا ترکیب این دو رویکرد می تواند اثر بخش تر از بکارگیری آن ها به صورت جداگانه باشد یا خیر؟

#### منابع

- Alavi, A., Sharp, B., & Ghoniz, A. (2013). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Decreasing Suicidal Ideation and Hopelessness of the Adolescents with Previous Suicidal Attempts. *Original Article*. 23(4): 467-472.
- Asarnow L. D., & Manber R. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2): 177-184.
- Beck A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, AJ., Li, Y., Abbey, J., & Cassileth BR. (2012) Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncolog*, 30(12):1304-9.

واقع معنا درمانی روشی موثرتر برای واژگون کردن تجربه افراد از افسردگی و احساس تنهایی در دنیای معاصر است. این پیام معنا درمانی که می گوید تحت هر شرایطی با پذیرش مسئولیت زندگی و تحقق معنا یابی مفهومی از شایستگی و لیاقت را به دست آورد در نوع خود بی نظیر است (Khaledian, et al. 2016).

نتایج فرضیه ۷ پژوهش گویای این موضوع بود که بین گروه های آزمایشی دو گانه (مشاوره گروهی معنا درمانی و مشاوره شناختی - رفتاری) از لحاظ امید به زندگی تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود ( $p = 0/999$ ). و این نتیجه تا مرحله پیگیری از تداوم برخوردار بوده است. این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی با مشاوره شناختی - رفتاری گروهی در افزایش امید به زندگی می باشد.

یافته های این پژوهش با نتایج تحقیق Shafiabady & Naseri (2018); Khaledian et al. (2016) همخوانی دارد. در این راستا بهمنی، شفیع آبادی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش با عنوان تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری وجود گرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی- رفتاری وجود گرا می تواند در کاهش افسردگی والدین مبتلا به سرطان و همچنین در افزایش امیدواری آنان موثر باشد.

در تبیین یافته های این پژوهش می توان عنوان کرد معنا زندگی و جایگاه اهمیت آن برای برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد امری انکار ناپذیر و غیر قابل کتمان است. برخی از صاحب نظران با توجه به یافته های موجود ادعا نموده اند که وجود و احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می تواند قفل و گره مشکلات زندگی را باز کند و باعث شود تا افراد کنش های مثبتی انجام دهند. (Ellis, 2007) مشکلات عاطفی را زائیده افکار غیر منطقی می دانست و معتقد بود عوارض عاطفی عمدتاً توسط سیستم عقیدتی ایجاد می شود. مثلاً اگر فردی در اثر شکست در زندگی، دچار افسردگی شود، ظاهراً شکست را علت افسردگی می دانیم در صورتی چنین نیست، بلکه در اثر هجوم افکار غیر منطقی است که دچار افسردگی شده است. مفصل ترین و جامع ترین توجیه شناختی افسردگی توسط

- Cohen-Manstield J., Hazan H., Lerman Y., Shalom V., Birkenfeld S., & Cohen, R. (2018). Efficacy of the I-SOCIAL intervention for loneliness in old age: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of psychiatric research*, 99, 69-75. DOI: 10.1016/j.jpsychires. 2018.10.014.
- Du H., Bernardo A. B. I., & Yeung S. S. (2015). Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 83, 228-233.
- Eliss, A. (2007). Nothing can upset me, yes, nothing, translated by Mehrdad Firoz Bakht and Vahidah Erfani (2017); *Tehran: Rasa. 17th edition.* [Persian]
- Fatty, L., Birshak, B., Atef-Vahid, MK and Dobson, K. 2012. Structures of meaning, emotional states, and cognitive processing of emotional information: comparison of two conceptual frameworks. *Dissertation published for receiving a doctorate degree in clinical psychology, Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.* [Persian]
- Feldman D. B., & Kubota M. (2015). Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college. *Learning and Individual Differences*, 37, 210-216.
- Frankl V. (1988). *The will to meaning foundations and applications of logo therapy.* New York: Teachers college press.
- Garcia-Alandete, J. (2015). Does meaning in life predict psychological well-Being? *The European Journal of Counseling Psychology*, 3(2), 89-98.
- Gill A., Mavery B., Herman C., & Hart, D. (2011). Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy on depression, anxiety symptoms and loneliness in divorced women. *Journal of Applied Psychology*. 61(4): 46-61.
- Han S. D., Adeyemi O., & Wilson R. S. (2017). Loneliness in Older Black Adults with Human immunodeficiency Virus Is Associated with Poorer Cognition. *Gerontology*, 63(3), 253-2620
- Haynes P. (2015). Application of Cognitive Behavioral Therapies for Comorbid Insomnia and Depression. *Sleep Medicine Clinics*, 10(1): 77-84.
- Hutzell R. R. (2002). A general course of group logoanalysis. *Journal: Victor Frankl Foundation of South Africa.* (7): 15-26.
- Kamarzarrin H. (2013). The effectiveness of the logo therapy-based group counseling on reducing anxiety and increasing the life expectancy among mothers of the children of divorce. *Word of Sciences Journal*, 1(8): 79-88.
- Kaviani, H., Hatami, N. and Shafiabadi, A. (2017). The effect of cognitive-therapy based on mindfulness on the quality of life of depressed people (non-clinical). *Cognitive Science News, 10th Year, Number 4, Winter, 48-39.* [Persian]
- Khaledian, M., Sohrabi Smroud, F., Asghari Ganji, A., Karmi Baghtifoni, Z. (2016). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and group meaning therapy on reducing depression and increasing life expectancy in empty nest syndrome. *Cultural Counseling and Psychotherapy Quarterly*, Year 8, Number 29, Spring, 136-164. [Persian]
- Kiang, L., Fuligni, M., & Andrew, J. (2009). Meaning in life as a mediator of ethnic identity and adjustment among adolescents from Latin, Asian, and European American backgrounds. *Journal of Youth and Adolescence*, v39(11), p. 1253-1262.
- Lorenzo-Luaces L., Keefe J.R., & DeRubeis R.J. (2016). Cognitive-Behavioral Therapy: Nature and Relation to Non-Cognitive Behavioral Therapy. *Behavior Therapy*, 47(6): 785-803.
- McHugh R.K., Hearon B.A., & Otto M.W. (2010). Cognitive Behavior Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525.
- Miller J. F., & Powers M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope: *Nursing research*, 37, 6-10.
- Mirdrikund, F. A. (2018). Investigating the feeling of loneliness with academic performance, anxiety, depression and self-esteem in male students of middle school in Poldakhter city. *Master's thesis in*

- educational psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz. [Persian]
- Oar E. L., Johnco C., & Ollendick T. H. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4): 661-674.
- Ormont , L., and Yalom, I.D. (2012). The theory and Practice of group psychotherapy. 5Ed. New Yotk: Basic Books.
- Powers M. B., De Kleine R. A., & Smits J. A. J. (2017). Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4): 611-623.
- Routasalo P.E., Savikko N., Tilvis R.S., Strandberg T.E., & Pitkala K.H. (2006). Social contacts and their Based study. *Gerontology* (52): 1 81-7.
- Russell D., Peplau L.A. & Curtona C.E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminated validity. *Journal of Personality and social Psychology* 39(3):472-480.
- Russell D., Peplau L.A. & Ferguson M.L. (1998). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment* (42):290-294.
- Seghati T., Shafiabady A., & Soodany M. (2014). Effectiveness of Group Training Based On Transactional Analysis In Reducing Loneliness Girl Students Of Highschool First Grade In Rasht. *Journal of Ondian J. Sci. Res.* 4(3): 422-429.
- Shafiabadi, A. (2018). Group dynamics and group counseling, first edition, 20th edition, Tehran, *Rushd Publishing House*. [Persian]
- Shafiabadi, A. and Naseri, G. (2018). Theories of Counseling and Psychotherapy, 15th edition, Tehran, *Academic Publishing Center*. [Persian]
- Sharf Richard S. (2000). *Theories of psychotherapy and counseling*. (Translated by M. Firouzbakht, 2017). Tehran: rasa. Second edition. (Persian).
- Sharf, R. S. (2000). Theories of psychotherapy and counseling. (Translated by Mehrdad Firozbakht). *Tehran: Rasa: 14th edition*. [Persian]
- Snyder C. R., Ritschel L.A., Ravid L. K., & Berg C. J. (2007). Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports. *Journal of Clinical Psychology*. 62(1), 33-46.
- Snyder, C. R., & Lopez, S.J. (2007). Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths. *New York, Sage publication Inc*.
- Stickley, A., & Koyanagi, A. (2016). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *J affect Disord*, 197, 81-7.
- Sudak, D.M. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1): 99-110.
- Sudani, M. and Shojayan, M. (2013). The effectiveness of group meaning therapy on increasing life expectancy among retired men of Mamsani Retirees Center. *Armaghane Danesh, Scientific-Research Journal of Yasouj University of Medical Sciences*, Volume 19, Number 6, 497-506. [Persian]
- Sudani, M. and Shojayan, M. (2013). The effectiveness of group meaning therapy on the loneliness of retired men. *Cognitive and Behavioral Sciences Research Journal*. Second year, first issue, spring and summer; Serial (2), 43-54. [Persian]
- Udo C., Melin-Johansson C. H., & Danielson E. (2011). Existential Issues Among Health Care Staff in Surgical Cancer Care Discussions in Supervision Sessions. *European Journal of Oncology Nursing* 15: 447-453.