

## مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۲

### خلاصه

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به کوئید ۱۹ شهر تهران بود. **روش کار:** این پژوهش آزمایشی، از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل افراد بهبود یافته از کوئید ۱۹ در سال ۱۴۰۰ در بیمارستان‌های تهران می‌باشد. ابتدا تعداد ۶۰ نفر بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس بر اساس نمرات پرسش نامه‌های افسردگی بک، تاب آوری کانر و دیویدسون و امید به زندگی اشنايدر تعداد ۳۰ نفر از این افراد بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند، یک گروه آزمایش ۱۰ جلسه معنادرمانی و گروه دوم آزمایش ۱۳ جلسه روان درمانی شناختی رفتاری را دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند.

**نتایج:** نتایج نشان داد که بین دو درمانی گروهی شناختی - رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی در بیماران بهبود یافته از کوئید ۱۹ تفاوت معنی داری وجود دارد. **نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی به یک اندازه مؤثر بوده اند و در افزایش تاب آوری و امید به زندگی معنادرمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در افزایش تاب آوری و امید به زندگی تأثیر گذار بوده است. واژگان کلیدی: درمان گروهی شناختی - رفتاری، معنادرمانی، افسردگی، تاب آوری، امید به زندگی، بیماران.

**پی نوشت:** این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

الهه قاسم پور<sup>۱</sup>

زهرا علیزاده<sup>۲</sup>

زهرا زارع حسین زادگان<sup>۳</sup>

زهرا اشکار<sup>۴</sup>

اسحاق سام خانیانی<sup>۵</sup>

میترا میرلوحیان<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup>کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد تنکابن، ایران

<sup>۲</sup>کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی،

علوم تحقیقات واحد پردیس ایلام، ایران.

<sup>۳</sup>کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد رودهن، ایران.

<sup>۴</sup>کارشناسی ارشد، روان شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد ساوه، ایران.

<sup>۵</sup>دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد کرج، ایران.

Email: mirlohianm@gmail.com

## مقدمه

در دسامبر ۲۰۱۹، ووهان، استان هوبئی، چین، مرکز شیوع ویروسی ناشناخته شد که نه تنها در داخل چین بلکه در بهداشت چین تحقیقات فوری برای تشخیص و کنترل بیماری را آغاز کردند. و به اقداماتی از جمله قرنطینه‌ی افراد مشکوک به این بیماری، محدودیت تماس از نزدیک، جمع آوری اطلاعات بالینی از بیماران و ابداع روش‌های تشخیصی و درمانی پرداختند. از آن تاریخ به بعد به دلیل انتقال سریع ویروس کووید ۱۹ در تماس انسانی و از طریق مسافرت‌های هوایی این ویروس به تدریج در جهان منتشر شد (وانگ، هوبای، هایدن و همکاران، ۲۰۲۰). هسته اصلی شرایط ناشی از فراگیر شدن این بیماری ترس است. شیوع آیدمیک کووید ۱۹ منجر به احساس درماندگی، ناامنی و ناامیدی، فقدان ثبات مالی و توانایی تصویراینده روشن، ترس از ابتلا به عفونت در حضور دیگران و در تماس با مبتلایان ویروس کرونا شده است و در نتیجه احساس عدم اعتماد به دیگران، منجر به اجتناب و کناره گیری از فعالیت‌های روزمره می‌شود، در نتیجه دنیای ما را کوچک می‌کند و فرصت برقراری ارتباط ضروری و حمایت اجتماعی که برای عملکرد سازگارانه انسان ضروری است را محدود می‌کند (پولیزی، این و پری، ۲۰۲۰). علاوه بر این، تحلیل‌ها و اطلاعات نادرست می‌توانند موجب نگرانی زیاد در جامعه شوند. با توجه به اینکه بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ دارای شرایط روحی و روانی هستند و این وضعیت روانی بیماران نقش مهمی در بهبودی زودتر مبتلا به کووید ۱۹ را شامل می‌شود، یکی از مهم‌ترین مباحث اساسی در روان‌شناسی مثبت‌گرا<sup>۱</sup>، ایجاد امید است، روان‌شناسان مثبت‌نگر معتقدند امید می‌تواند از افراد در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کند (سیندر و یام هور، ۲۰۰۰). امید شامل ادراکات شخص درباره

توانایی‌هایش برای تعیین اهداف روشن، تدوین طرح‌هایی برای رسیدن به این اهداف (مسیرهای تفکر)، یافتن و حفظ انرژی و انگیزش مورد نیاز برای رفتن به دنبال آن اهداف و پیگیری آن‌ها (تفکر عامل) است (میگ، یارمو، ۲۰۰۹). نتایج مطالعات نشان دهنده‌ی آن هستند که افزایش میزان تاب آوری افراد می‌تواند راهی برای مقابله با شرایط استرس‌زا و بهبود اختلالات بیماری‌زا باشد (ابوالقاسمی، ورن یاب، ۲۰۱۰). و یکی دیگر از مفروضه‌های مرتبط با بیماران کووید ۱۹ تاب آوری در آنان است، که تاب آوری به عنوان اطمینان فرد نسبت به توانایی‌های خود به منظور رویارویی با استرس و داشتن توانایی مقابله‌ای و ثبات عاطفی تعریف شده است و در حقیقت، پارامتری است که می‌تواند منجر به کاهش پیامدهای نامطلوب بسیاری از مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی شود (پینک وارت، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، تاب آوری به فرایند پویایی اشاره دارد که منجر به انطباق و سازگاری با شرایط نامساعد و اندوه بار می‌گردد. تاب آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نمی‌باشد؛ بلکه به معنای شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی شخص است. در واقع، می‌توان تاب آوری را توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط دشوار و استرس‌زا تعریف کرد. در نتیجه تاب آوری می‌تواند منجر به تعیین و ارتقای سطح سلامت روانی افراد شود. از مزایای تاب آوری می‌توان به افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی اشاره نمود. کاهش میزان تاب آوری در مواجهه با مشکلات زندگی با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و یا افسردگی همراه می‌باشد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). همچنین افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است، و ممکن است یکی از عوامل فردی

5. Magyar-Moe

6. Pinquar

7. Connor, Davidson

1. Wang, , Horby, Hayden,

2. Polizzi, C., Lynn, S.J. & Perry, A.

3. Positive Psychology

4. Snyder, Yamhure

خودمان ایجاد کنیم که اهداف قابل دستیابی است. به علت مشکلاتی که بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ دارند، بررسی نشان می‌دهد که این بیماران نیازمند حمایت و مراقبت‌های روان شناختی هستند، میزان سرسختی روانشناختی در آنان بالا رود و در مقابل از آشفتگی‌های مرتبط با مرگ در آنان کاسته شود تا بتوانند زندگی بهتر و با نشاط تری داشته باشند. یکی از مداخلاتی که سابقه خوبی در بهبود وضعیت روان شناختی بیماران دارد، درمان شناختی- رفتاری<sup>۵</sup> است. شیوه درمان شناختی- رفتاری نیز به عنوان رویکردی هدفمند، با تمرکز بر بازسازی شناختی و تغییر رفتارها، بیشتر بر ترک رفتار نامعقول و تفکرات ناکارآمد و در مقابل جایگزین کردن رفتارها و تفکرات جدید و کارآمد تأکید دارد (بوسون، دوزویس، ادیتورس، ۲۰۱۹). بنیاد درمان این است که فرایند یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و پایداری رفتارها و عادت‌ها ایفا می‌کند که می‌توان رفتارهای آموخته شده را یادگیری زدایی کرد. درمان شناختی رفتاری با تکیه بر تحلیل کارکردی و مهارت آموزی، افراد را در گزینش یک زندگی عاقلانه تر و سالم تر کمک می‌کند. فرض بر این است که مشکلات روانشناختی که بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ تجربه می‌کنند ناشی از افکار ناکارآمد و غلط آنها در مورد بیماری است و رویکرد شناختی- رفتاری می‌تواند چنین افکاری را اصلاح نماید. فراتحلیل هافمن و همکاران نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند موجب بهبود بسیاری از مشکلات روانشناختی شود (هافمن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات انجام شده در این رابطه شامل مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی رفتاری و معنا - درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی یافته‌های به دست آمده نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی موثرتر است، و معنا درمانی در افزایش امید به زندگی - تاثیر بیشتری دارد.

تأثیرگذار در بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ بود. به منظور درمان و جلوگیری از عود مکرر این بیماری لازم است اطلاعاتی در رابطه با روش گروه درمانی شناختی- رفتاری و معنادرمانی کسب کرد. بک، افسردگی بالینی را با عنوان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد، که شامل تغییراتی در پنج حوزه هیجانی، انگیزشی، رفتاری، شناختی و جسمانی می‌شود. افسردگی در شخص حالتی است حاکی از غمگینی و گرفتگی و بی حوصلگی و در بعد تشخیص بیماری در برگرنده طیف وسیعی از اختلالات خلقی با زیر شاخه‌های متعدد است. خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت- بخش روزمره مثل معاشرت، تفریح، ورزش، غذا و میل جنسی است. ناتوانی برای کسب لذت حالتی نافذ و پایا داشته و شدت آن بستگی به تعداد علائم و درجه نفوذ آن داد (سادوک، سادوک، ۱۳۹۸). ویکتور فرانکل در سال ۱۹۲۶ در یک سخنرانی عمومی، برای اولین بار از اصطلاح معنادرمانی استفاده کرد. او دو سطح از معناجویی را مطرح می‌کند. سطح اول معنای حاضر با معنا در زمان حال است و سطح دوم، فرامعنا نام دارد که هر شخصی به دنبال زندگی خود است (فرانکل، ۲۰۱۹). معنادرمانی با در نظر گرفتن گذرایی زندگی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تلاش و فعالیت فرا می‌خواند و بیان می‌کند که آن چه انسان‌ها را از پای در می‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبش نیست، بلکه بی معنا شدن زندگی است که مصیب بار است. اگر رنج شجاعانه پذیرفته شود تا واپسین دم، زندگی معنای بالقوه درد و رنج را نیز شامل می‌شود. از این رو، معنایابی در زندگی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کاهش مشکلات روان شناختی گروه‌های مختلف بیماران داشته باشد (پروچسکا، نوکروس، ۲۰۱۶). داشتن هدف و معنا در زندگی باعث میشود که نسبت به اهدافمان دید روشنی داشته باشیم و این گرایش را در

5 . Prochaska, Norcross

6. Cognitive-Behavioral Therapy

7 .Dobson, Dozois, editors

8. Hofmann

1 . Beck

2 . Viktor Frankl

3 . meta-meaning)

4 . Frankel

و تاب آوری و افسردگی در زندگی آنان گردد؛ لذا، پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به این سؤال می باشد که آیا اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ مؤثر است؟

### روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل افراد بهبود یافته از کوید ۱۹ در سال ۱۴۰۰ در بیمارستان های تهران می باشد. ابتدا تعداد ۶۰ نفر بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس بر اساس نمرات پرسش نامه های افسردگی بک، تاب آوری کانر و دیویدسون و امید به زندگی اشنایدر تعداد ۳۰ نفر از این افراد بطور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰) و یک گروه کنترل (۲۰) تقسیم شدند، یک گروه آزمایش ۱۰ جلسه معنادرمانی و گروه دوم آزمایش ۱۳ جلسه روان درمانی شناختی رفتاری را دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله ای را دریافت نکردند. ملاک های ورود شامل داشتن تشخیص کوید ۱۹، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت نامه کتبی، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم و بالاتر، داشتن سن بالاتر از ۲۰ و کمتر از ۶۰ سال بود و معیارهای خروج شامل مبتلا بودن به بیماری های روان پزشکی و سایر بیماری های جسمی، شرکت نکردن در جلسات آموزشی بیش از دو جلسه. گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان های شناختی - رفتاری نه جلسه ۹۰ دقیقه ای و معنادرمانی ده جلسه ۹۰ دقیقه ای به شیوه گروهی دریافت نموده ند. این در حالی است که گروه گواه هیچ گونه مداخله ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. جلسات درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق پژوهشی از شرکت کنندگان خواسته شد که با میل و رغبت خود در تحقیق و جلسات آموزشی شرکت کنند و شرکت در تحقیق کاملاً اختیاری است. همچنین به شرکت کنندگان مایل به شرکت در تحقیق گفته شد که اطلاعات آنها نزد محقق / محققان محرمانه باقی خواهد ماند. در این

نتیجه گیری می شود که هر دو درمان شناختی رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی - و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی موثر هستند. پژوهش محمد خانی و همکاران (۱۳۹۰)، با موضوع مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان نوین شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری و درمان معمول بر علائم افسردگی و سایر علائم روان پزشکی نشان داد که درمان شناختی رفتاری بیشترین تاثیر را بر کاهش افسردگی دارد. نتایج پژوهش خالدیان و همکاران (۱۳۹۲)، با موضوع اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم - آشیانه خالی نشان داد که درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی سندرم آشیانه خالی مؤثر است، بطوریکه تاثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی بیشتر بود. در شرایط فعلی که شیوع بیماری کوید ۱۹ در کشورهای مختلف جهان با سرعت ادامه دارد، علاوه بر تلاش برای ساخت واکسن برای پیشگیری و دارو برای درمان این بیماری، توجه به پیامدهای روانی و اقتصادی این بیماری از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. طولانی شدن زمان قرنطینه خانگی و تعطیلی صنایع و کسب و کارهای مختلف به دلیل مبارزه با شیوع کرونا در کشورهای درگیر با این بیماری باعث شده است کشورها برای بهبود وضعیت اقتصادی خود از میزان سختگیری های اولیه قوانین مبارزه با شیوع کرونا بکاهند، شروع به بازگشایی صنایع و آغاز کسب و کار کنند و کارکنان را به محل کار خود برگردانند. با توجه به شیوع روز افزون بیماری کوید ۱۹ در جهان و فشارهای جسمی، روانی و اجتماعی که بر بهبود یافتگان از این بیماری وارد می شود. پژوهش در خصوص این افراد ضرورت می یابد. به دلیل شیوع ناگهانی این بیماری، دامنه پژوهش های انجام شده در این زمینه اندک است و پژوهش در حیطه امید به زندگی، تاب آوری و افسردگی بیمارانی که از این بیماری رهایی یافته اند، می تواند از فشارهای وارد شده بر بهبودیافتگان بکاهد و موجب بهبود و ارتقای امید به زندگی

افکار و نحوه جایگزین ساختن این افکار با افکار مثبت است.

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

جلسات	جدول ۲. جلسات معنادرمانی
جلسه‌ی اول	تعیین هدف گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث در مورد در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ و آرایه‌ی منشور گروه و قرارداد درمانی
جلسه‌ی دوم	بیان مشکل، بحث در در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ و بحث در مورد اثرات بهبود یافته از کوید ۱۹ بر ایجاد اختلالات روانی
جلسه‌ی سوم	معنایابی و گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی و مسوولیت پذیری
جلسه‌ی چهارم	تغییر نگرش‌ها و گرفتن معنا از طریق راه‌های کشف معنا
جلسه‌ی پنجم	گرفتن معنا از خلق ارزش‌ها و مسوولیت
جلسه‌ی ششم	گرفتن معنا از میان تجربه‌ی ارزشها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها
جلسه‌ی هفتم	معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسوولیت
جلسه‌ی هشتم	مسوولیت، خود حمایتی، علاقه‌ی اجتماعی و غلبه بر یاس
جلسه‌ی 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
جلسه‌ی دهم	خلاصه و جمع بندی جلسات و اختتام، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13):** این مقیاس توسط بک و همکاران در سال ۱۹۷۴ ساخته شده و دارای ۱۳ گویه است که شیوه پاسخ به هر گویه بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا ۳ بوده و نمره کل آن از صفر تا ۲۹ متغیر است (دادفر، کلیبت سیوا، ۲۰۱۶). در پژوهش بک و همکاران

پژوهش از آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد، و از آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است. و برای تحلیل داده‌ها در نرم افزار spss.26 شرح جلسات درمانی در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

جلسات گروهی به صورت نه جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شده بود که هفته‌ای یکبار برگزار می‌شد. خلاصه‌ی جلسات به شرح زیر است:

جلسه‌ی اول	آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با یکدیگر، معرفی برنامه درمان و وضع قراردادها.
جلسه‌ی دوم	تعریف و تشریح مفهوم استرس ادراک شده و عوامل ایجاد کننده آن در در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹
جلسه‌ی سوم	تعریف و تشریح مفهوم ارتقای معنای زندگی و عوامل ایجاد کننده آن در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹
جلسه‌ی چهارم	بیان پیامدهای جسمانی و روانی استرس ادراک شده و ارتقای معنای زندگی برای در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹
جلسه‌ی پنجم	درخواست از بیماران برای بیان کردن استرس ادراک شده و ارتقای معنای زندگی که در طی ابتلا به در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ تجربه کرده اند و در میان گذاشتن تجاربشان برای یکدیگر.
جلسه‌ی ششم	تشریح افکار خودآیند منفی مرتبط با استرس ادراک شده و ارتقای معنای زندگی در در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ برای بیماران بر اساس مدل ABCD الیس.
جلسه‌ی هفتم	درخواست از بیماران برای بیان افکار خودآیند منفی شان در طی تجربه در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ برای یکدیگر در گروه و دادن تکالیف خانگی برای مشخص نمودن محتوا و میزان افکار خودآیند منفی.
جلسه‌ی هشتم	آموزش دادن به بیماران در خصوص تشخیص افکار خودآیند منفی،
جلسه‌ی نهم	آموزش به بیماران در خصوص روش‌های مقابله افکار خودآیند منفی، پاسخ‌های احتمالی به این

همکاران (۱۹۹۱) به منظور سنجش امیدواری تهیه کردند. مقیاس حاضر دارای ۱۲ عبارت در دو طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، چهار عبارت برای سنجش تفکر عملی (عبارات ۱۲، ۱۰، ۹، ۲)، چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی (عبارات ۱۲، ۱۰، ۹، ۲) و چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی (عبارات ۱۲، ۱۰، ۹، ۲) و چهار عبارت انحرافی (عبارات ۷، ۵، ۳ و ۱۱) است (اسنایدر، ۱۹۹۱)؛ بنابراین این مقیاس دو زیر مقیاس دارد که عبارت است از: تفکر عملی و تفکر راهبردی. به هر عبارت، نمره‌ای بین ۰ تا ۴ اختصاص داده می‌شود؛ با توجه به اینکه چهار عبارت انحرافی در نمره گذاری محاسبه نمی‌شوند. دامنه نمره افراد بین ۰ تا ۳۲ می‌باشد و نمره بالاتر به معنی امید به زندگی بیشتر است (کوهساریان، ۲۰۰۸). تحقیقات بسیاری، از روایی و پایایی این مقیاس، به عنوان اندازه گیری حمایت می‌کنند. همسانی درونی کل آزمودنی، بین ۷۴٪ تا ۸۴٪ است. پایایی بازآزمون ۸۰٪ و در دوره‌های بیش از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (سعادتیان، مستعجریان، قمریان، ۲۰۱۲).

### روش تحلیل داده‌ها

با توجه به اینکه طرح این پژوهش، پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد و هدف از اجرای پیش‌آزمون کنترل آماری متغیر مزاحم تفاوت‌های آزمودنی می‌باشد از تحلیل کوواریانس به منظور کنترل آماری متغیر اختلافات اولیه (پیش‌آزمون) استفاده شد.

ضریب همبستگی بین نسخه کوتاه و بلند (۲۱ گویه‌ای) پرسشنامه بین ۸۹٪ تا ۹۷٪ گزارش شده است (دادفر، کلیت سیوا، ۲۰۱۶). این فرم کوتاه در ایران مورد استفاده قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ، اسپیرمن براون و گاتمن به ترتیب ۸۵٪، ۷۰٪، ۶۷٪ بوده است (نوری و محمدی، ۲۰۱۶). در مورد نقطه برش پرسشنامه، نمرات صفر تا ۳۴ تا ۷ و ۸ تا ۱۲، ۱۱ تا ۱۵ و ۱۶ تا ۳۹ به ترتیب نشان دهنده افسردگی طبیعی، خفیف، خفیف تا متوسط، متوسط و شدید در جمعیت عمومی است. ضریب آلفای کرونباخ پایایی بازآزمایی و دونیمه سازی این مقیاس در ایران به ترتیب ۹۱٪، ۹۴٪ و ۸۹٪ است (۴۷). همچنین در یک پژوهش در میان پرستاران ایرانی، میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۷۷٪ به دست آمد (علی پور، ۲۰۱۹).

**پرسشنامه تاب آوری (CD-RSC):** این پرسشنامه متشکل از ۲۵ عبارت می‌باشد که در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دیویدسون طراحی شده است. نمره گذاری در این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت (کاملاً نادرست ۰، به ندرت درست ۱، گاهی درست ۲، غالباً درست ۳، همیشه درست ۴) صورت می‌گیرد. بنابراین حداقل نمره اکتسابی ۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب آوری فرد بالاتر خواهد بود و برعکس. پایایی این پرسشنامه توسط کرنر و دیویدسون معادل ۸۹٪ گزارش شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پایایی نسخه فارسی پرسشنامه تاب آوری سامانی و همکاران در سال ۲۰۰۷ بررسی گردیده است (سامانی، جوکار، صحراگرد، ۲۰۰۷).

**پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر (۱۹۹۱):** این مقیاس را اسنایدر، هریس، اندرسون، هالرن، ایروینگ، سیگمون و

### نتایج

**جدول ۱.** میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌های

مورد مطالعه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	انحراف معیار	میانگین
افسردگی	شناختی رفتاری	۲۵/۱۵	۲/۸۸	۲۱/۱۰	۲۰/۸۰
				انحراف معیار	میانگین تعدیل شده
				۳/۰۵	

۲۱/۱۵	۳/۰۱	۲۱/۰۵	۲/۹۵	۲۴/۹۰	معنا درمانی	
۲۴/۵۰	۲/۶۰	۲۴/۳۵	۲/۶۶	۲۴/۵۰	کنترل	
۳۴/۶۳	۴/۰۹	۳۴/۳۰	۳/۶۸	۲۷/۹۰	شناختی رفتاری	تاب آوری
۳۸/۲۱	۵/۲۹	۳۷/۳۵	۵/۱۲	۲۷/۳۰	معنا درمانی	
۲۸/۵۰	۵/۷۶	۲۹/۷۰	۵/۳۷	۲۹/۶۰	کنترل	
۲۰/۵۹	۳/۲۶	۲۰/۵۰	۲/۳۸	۱۵/۳۰	شناختی رفتاری	امید به
۲۲/۱۶	۳/۰۳	۲۱/۴۰	۱/۸۶	۱۴/۷۰	معنا درمانی	زندگی
۱۵/۳۴	۲/۲۶	۱۶/۲۰	۲/۳۴	۱۶/۱۵	کنترل	

معنی داری ۰/۰۲۶ در گروه‌ها برابر نمی‌باشد ( $P < 0.05$ ) که با توجه به مساوی بودن حجم نمونه در هر ۳ گروه عدم تأیید این مفروضه مشکلی در استفاده از تحلیل کوواریانس ایجاد نمی‌کند. نتایج آزمون باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ( $\text{Box M} = 7.73, F = 0.59, P \leq 0.85$ ).

**جدول ۲.** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (اثر پیلایی) برای بررسی تأثیر مداخله‌های درمانی بر روی متغیرهای افسردگی، تاب

آوری و امید به زندگی				
ارزش	F	DF	خطا DF	Sig
۰/۷۵	۷/۷۲	۶	۷۶	۰/۰۰۱

براساس نتایج جدول ۲. تأثیر مداخله‌های درمانی شناختی رفتاری و معنا درمانی بر کیب خطی متغیرهای افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی مؤثر بوده است ( $\text{pillai's trace} = 1.12, F_{(6,76)} = 22.71, P < 0.01$ )، است. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تأثیر مداخله‌های درمانی بر روی هریک از متغیرهای وابسته ارائه شده است.

**جدول ۳.** نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر (توان آزمون)
افسردگی	پیش آزمون	۴۱۵/۷۴	۱	۴۱۵/۷۴	۳۶۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷
عضویت گروهی		۱۴۹/۷۸	۲	۷۴/۸۹	۶۴/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰

براساس داده‌های جدول ۱- که میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی را در سه گروه مورد مطالعه در ۲ مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود، میانگین متغیر افسردگی در دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین‌های متغیرهای تاب آوری و امید به زندگی در دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل بیشتر شده است. برای مقایسه تأثیر دو روش درمانی از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است که قبل از انجام تحلیل مفروضه‌های مربوط به این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کالمنگروف اسمیرنوف نشان داد هر سه متغیر افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی از توزیع نرمال برخوردارند ( $P > 0.05$ ). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون در ۳ متغیر افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ( $P > 0.05$ ). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که واریانس متغیرهای افسردگی و تاب آوری در گروه‌ها برابر می‌باشد ( $P > 0.05$ ). نتایج آزمون لوین که واریانس متغیر امید به زندگی با سطح

				خطا	۶۲/۲۷	۵۴	۱/۱۵
تاب آوری	پیش آزمون	۱۲۵۲/۴۸	۱	۱۲۵۲/۴۸	۱	۱۲۵۲/۴۸	۳۰۵/۴۶
	عضویت گروهی	۸۶۰/۵۳	۲	۴۳۰/۲۶	۲	۱۰۴/۹۳	۰/۸۵
				خطا	۲۲۱/۴۲	۵۴	۴/۱۰
امید به زندگی	پیش آزمون	۳۱۱/۹۲	۱	۳۱۱/۹۲	۱	۱۰۵/۲۴	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۴۵۶/۸۳	۲	۲۲۸/۴۲	۲	۷۷/۰۶	۰/۷۹
				خطا	۱۶۰/۰۵	۵۴	۲/۹۶

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری (جدول ۶) بعد از حذف اثر پیش آزمون در متغیر افسردگی با  $(F(2, 54) = 64.94, p < .01)$ ، در متغیر تاب آوری با  $(F(2, 54) = 104.93, \eta^2 = .70)$ ، در امید به زندگی با  $(F(2, 54) = 77.06, p < .01, \eta^2 = .74)$  تفاوت بین دو گروه تحت درمان و کنترل معنی دار بوده است. برای مقایسه‌های چندگانه از آزمون تعقیبی Lsd استفاده شد.

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری (جدول ۶) بعد از حذف اثر پیش آزمون در متغیر افسردگی با  $(F(2, 54) = 64.94, p < .01)$ ، در متغیر تاب آوری با  $(F(2, 54) = 104.93, \eta^2 = .70)$ ، در امید به زندگی با  $(F(2, 54) = 77.06, p < .01, \eta^2 = .74)$  تفاوت بین دو گروه تحت درمان و کنترل معنی دار بوده است. برای مقایسه‌های چندگانه از آزمون تعقیبی Lsd استفاده شد.

#### جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میانگین‌های نمرات متغیرهای مورد مطالعه در ۳ گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری
افسردگی	شناختی رفتاری - معنا درمانی	-۰/۳۰	۰/۳۴	۰/۳۸
	شناختی رفتاری - کنترل	-۳/۶۵	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	معنا درمانی - کنترل	-۳/۳۵	۰/۳۶	۰/۰۰۱
تاب آوری	شناختی رفتاری - معنا درمانی	-۳/۵۸	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - کنترل	۶/۱۲	۰/۶۶	۰/۰۰۱
	معنا درمانی - کنترل	۹/۷۰	۰/۶۷	۰/۰۰۱
امید به زندگی	شناختی رفتاری - معنا درمانی	-۱/۵۷	۰/۵۵	۰/۰۰۶
	شناختی رفتاری - کنترل	۵/۲۵	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	معنا درمانی - کنترل	۶/۸۲	۰/۵۷	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD (جدول ۷) در متغیرهای افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی بین دو گروه تحت درمان (شناختی رفتاری و معنا درمانی) با گروه کنترل اختلاف معنی داری وجود داشت  $(P < 0.01)$ . بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین هر دو گروه درمان در متغیر افسردگی کمتر و در دو متغیر تاب آوری و امید به زندگی بیشتر از گروه کنترل بوده است در نتیجه هر دو مداخله درمانی شناختی رفتاری و معنا درمانی در بهبود افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ مؤثر بوده است. در متغیر افسردگی بین دو گروه تحت درمان (شناختی رفتاری و معنا درمانی) با سطح معنی داری ۰/۳۸ اختلاف معنی داری وجود نداشت  $(P > 0.05)$ . در نتیجه تأثیر هر دو مداخله درمانی شناختی رفتاری و معنا درمانی در کاهش افسردگی تقریباً یکسان بوده است. در متغیرهای تاب آوری و امید به زندگی بین دو گروه تحت درمان (شناختی رفتاری و معنا درمانی) به ترتیب با سطح معنی داری ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۶ اختلاف معنی داری وجود داشت  $(P < 0.01)$ . بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین تعدیل شده گروه معنا درمانی در هر دو متغیر بیشتر از گروه شناختی رفتاری بوده است در نتیجه تأثیر معنادار معنادار در افزایش تاب آوری و امید به زندگی بیماران بهبود یافته به طور معنی داری بیشتر از درمان شناختی رفتاری بوده است.

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD (جدول ۷) در متغیرهای افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی بین دو گروه تحت درمان (شناختی رفتاری و معنا درمانی) با گروه کنترل اختلاف معنی داری وجود داشت  $(P < 0.01)$ . بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین هر دو گروه درمان در متغیر افسردگی کمتر و در دو متغیر تاب آوری و امید به زندگی بیشتر از گروه کنترل بوده است در نتیجه هر دو مداخله درمانی شناختی رفتاری و معنا درمانی در بهبود افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ مؤثر بوده است. در متغیر افسردگی بین دو گروه تحت درمان (شناختی رفتاری و معنا درمانی) با سطح معنی داری ۰/۳۸ اختلاف معنی داری وجود نداشت  $(P > 0.05)$ . در نتیجه تأثیر هر دو مداخله درمانی شناختی رفتاری و معنا درمانی در کاهش افسردگی تقریباً یکسان بوده است. در متغیرهای تاب آوری و امید به زندگی بین دو گروه تحت درمان (شناختی رفتاری و معنا درمانی) به ترتیب با سطح معنی داری ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۶ اختلاف معنی داری وجود داشت  $(P < 0.01)$ . بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین تعدیل شده گروه معنا درمانی در هر دو متغیر بیشتر از گروه شناختی رفتاری بوده است در نتیجه تأثیر معنادار معنادار در افزایش تاب آوری و امید به زندگی بیماران بهبود یافته به طور معنی داری بیشتر از درمان شناختی رفتاری بوده است.



## بحث و نتیجه گیری

شیوع کروناویروس پیامدهای نامطلوب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی را در کشورهای مختلف جهان از جمله کشور ما به همراه داشته است. سرعت شیوع این بیماری به گونه‌ای می‌باشد که باعث ایجاد پیامدهای روانی مانند اختلال خودبیمارانگاری به عنوان یکی از پیامدهای روانی بیماری‌های اپیدمیک شده است. این اختلال می‌تواند منجر به افسردگی و کاهش تاب آوری و امید به زندگی در این بیماران شود. هدف از این مطالعه مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی در بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ بوده است، نتایج نشان داد که براساس نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری بعد از حذف اثر پیش‌آزمون در متغیر افسردگی، در متغیر تاب آوری، در امید به زندگی تفاوت بین دو گروه تحت درمان و کنترل معنی دار بوده است. همچنین نتایج نشان داد که براساس نتایج آزمون تعقیبی در متغیرهای افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی بین دو گروه تحت درمان (شناختی رفتاری و معنا درمانی) با گروه کنترل اختلاف معنی داری وجود داشت ( $P < 0.01$ ). براساس یافته‌های توصیفی میانگین هر دو گروه درمان در متغیر افسردگی کمتر و در دو متغیر تاب آوری و امید به زندگی بیشتر از گروه کنترل بوده است در نتیجه هر دو مداخله درمانی شناختی رفتاری و معنا درمانی در بهبود افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ مؤثر بوده است. در متغیر افسردگی بین دو گروه تحت درمان (شناختی رفتاری و معنا درمانی) با سطح معنی داری  $0.38$  اختلاف معنی داری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ). در نتیجه تأثیر هر دو مداخله درمانی شناختی رفتاری و معنا درمانی در کاهش افسردگی تقریباً یکسان بوده است. در متغیرهای تاب آوری و امید به زندگی بین دو گروه تحت درمان (شناختی رفتاری و معنا درمانی) به ترتیب با سطح معنی داری  $0.01$  و  $0.06$  اختلاف معنی داری وجود داشت ( $P < 0.01$ ). براساس یافته‌های توصیفی میانگین تعدیل شده گروه معنا درمانی در هر دو متغیر بیشتر از گروه شناختی رفتاری بوده

است در نتیجه تأثیر معنادرمانی در افزایش تاب آوری و امید به زندگی بیماران بهبود یافته به طور معنی داری بیشتر از درمان شناختی رفتاری بوده است. این یافته با پژوهش پژوهش محمد خانی و همکاران (۱۳۹۰)، خالدیان و همکاران (۱۳۹۲)، همخوان می‌باشد. تبیین نتایج نشان داد که هر دو مداخله درمانی شناختی رفتاری و معنا درمانی در بهبود افسردگی، تاب آوری و امید به زندگی بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ مؤثر بوده است، به این معنی که این دو درمان هم باعث کاهش افسردگی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی در این بیماران شده است.

نکته مهم در کاربرد درمان گروهی این است که مقرون به صرفه، و منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌شود. بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ ممکن است دچار افسردگی شوند و تاب آوری و امید به زندگی آنها کاهش یابد چون در این بیماران به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود اذعان دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌شود و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند. درمان گروهی به سهولت این امکان را در فراهم می‌سازد که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده و با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد می‌شود بلکه به گسترش روابط در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. ضمن اینکه اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می‌کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند. درمان شناختی- رفتاری بر تمایل منفی در فرایند اطلاعات که نتیجه از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده که با باورهای ناسازگارانه که به وسیله فرد برانگیخته می‌شود، ارتباط دارد، تأکید می‌کند. تکنیک‌های شناختی- رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و افسردگی را کاهش می‌دهند. از آنجایی که بین افسردگی و تاب آوری

سازد و این وظیفه را بر عهده‌ی فرد می‌گذارد که گزینش کند که برابر چه کسی و چه چیزی مسئول است. بیمار با معنادرمانی می‌آموزد که دست از نگرانی بردارد و به چیز دیگری توجه کند که این باعث افزایش امید به زندگی و تاب آوری می‌گردد. در عمل، فرانکل در دگرگون کردن توجه و دقت بیماران از نگرانی‌های بی -مورد و نورو تیک به مسائل اساسی تر هستی و معنی کاملاً موفق بود. بنابراین معنادرمانی نشانه‌های بیماری را برطرف می‌سازد و فرد را توانا می‌سازد تا با دشواری‌های اساسی زندگی رودرو شود و به بهیستی و سلامت برسد، که این نیز می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و افزایش امیدواری و تاب آوری در افراد بهبود یافته از کرونا می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به خروج افرادی فاقد سواد اینترنتی از مطالعه اشاره کرد که می‌تواند تعمیم پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود در صورت فراهم شدن شرایط این مطالعه به صورت حضوری و با مشارکت کل افراد جامعه انجام پذیرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی کسانی که در اجرای این مطالعه با توجه به شرایط خاص ایجاد شده به دلیل بیماری کرونا، نهایت همکاری و تعامل را با پژوهشگران داشتند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌نمایند.

و امید به زندگی رابطه منفی وجود دارد، این احتمال وجود دارد که همین کاهش افسردگی نیز منجر به افزایش تاب آوری و امید به زندگی می‌گردد. در این روش بیمار تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار خود آیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوتای آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که بر ایند افکار خود کار منفی است، به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد و همچنین درمان معنادرمانی بر روی این نکته که افسردگی و ناامیدی به علت بی معنا شدن زندگی ایجاد می‌شود، تأکید می‌شود. به عبارتی وقتی فرد به علت مسائل و مشکلاتش زندگی را بی معنا می‌پندارد، دچار افسردگی 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 از بیماری مانند کرونا بهبود یافته است شاید زندگی را بی معنا ببیند و احساس می‌کند به آخر خط زندگی رسیده است، بدون اینکه به ارزش و هدف زندگی پی ببرد. هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزا تحکیم بخشنده‌ی سلامت روان هستند. وجود هدف و معنا در زندگی می‌تواند به افراد بیمار کمک کند تا بر افسردگی و ناامیدی خود چیره شوند و با تکیه بر آزادی در گزینش زندگی، مسئول زندگی باشند. معنادرمانی می‌کوشد فرد را به گونه‌ای بسنده از وظیفه‌ی نسو لیت پذیری خود آگاه

### References

1. Sadock, James; Sadock, Alcott (2018). Summary of Psychiatry: Behavioral Sciences of Clinical Psychiatry, translated by Farzin Rezaei. Tehran: Arjmand Publications.
2. Khaledian, Mohammad; Sohrabi Smroud, Farmarz; Asghariganji, Askar; Karmi-ba Ghatifuni, Zahra (2016). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral group therapy and meaning-group therapy on reducing depression and increasing life expectancy in empty nest syndrome. The Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy, Year 8, Number 29, pp: 136-164.
3. Khaledian, Mohammad; Ghoribi, Hassan; Qolizadeh, Zulikha; Shakri, Reza (2012). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on reducing depression and increasing life expectancy in empty nest syndrome. Family Counseling and Psychotherapy Quarterly. 3(2):261-279.
4. Mohammad Khani, Parvaneh; Delbson, Kate; Hosseini Ghaffari, Fatemeh; Momeni, Fereshte (2010). Comparison of effectiveness of cognitive therapy based on presence of mind, modern cognitive behavioral therapy based on prevention and usual treatment on depression symptoms and other psychiatric symptoms. Journal of Clinical Psychology; 3(1):19-26.- Abolghasemi A, Varaniyab ST(2010). Resilience and perceived stress: predictors of life satisfaction in the students of success and failure. Proc Soc Behav Sci. 2010;5:748-52. DOI: 10.1016/j.sbspro.07.178.
5. Ariapooran S(2019). Sleep problems and depression in Iranian nurses:The predictive role of workaholism. Iranian J Nursing Midwifery Res; 24(1):30-7. [DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR\_188\_17] [PMID] [PMCID].

6. Dadfar M, Kalibatseva Z(2016). Psychometric properties of the Persian version of the short Beck Depression Inventory with Iranian psychiatric outpatients. *Scientifica (Cairo)*:8196463.[DOI:10.1155/2016/8196463] [PMID] [PMCID].
7. Connor KM, Davidson JR(2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*.;18(2):76-82. PMID: 12964174 DOI:10.1002/da.10113.
8. Dobson KS, Dozois DJ, editors(2019). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Publications.
9. Ebrahimi A, Barekatin M, Bornamanesh A, Nasiri H(2015). [Psychometric characteristics of Persian form of BDRS among patients and normal people (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*; 21(1):60-8. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2355-en.html>.
10. -Frankel V, Ed(2019). *Man's search for meaning*. 56th ed. New York: Basic Books. P.23-24.
11. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta- analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012; 36(5): 427-40.
12. Koohsarian P(2008). Investigating the effect of hope therapy on reducing depression in diabetic women in Semnan Diabetes Research Center. Master Thesis, General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University. [Persian].
13. Magyar-Moe J(2009). *Therapist's guide to positive psychological interventions*.
14. Nouri A, Mohammadi Y. [An action guide to research humanities(Persian)]. Tehran: Viraiesh; 2016. <http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic/4410529>.
15. Polizzi, C., Lynn, S.J., Perry ,A. (2020). Stress and Coping in the Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2) ,. 59 – 62.
16. Prochaska J, Norcross, J, Eds(2016). *Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis*.56th ed. Tehran: Ravan. P.219-220. [In Persian].
17. Pinquart M(2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *J Appl Dev Psychol*;30(1):53-60. DOI: 10.1016/j.appdev.2008.10.005.
18. Snyder C R, Harris C, Anderson J R, Holleran S, Irving L M, Sigmon S T & et al(1991). The Will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*; 60(4): 807- 817.
19. Sedation S H, Mostajeran M, Ghamrani A(2012). The comparative Analysis of hope and optimism among Normal students and those suffering from Hearing Impairment. *Exceptional Education*. 4 (112) :18-26. [Persian].
20. Snyder C R, Yamhure L C(2000). *Heartland Forgiveness Scale*. Unpublished manuscript, University Kansas, Lawrence..
21. Samani S, Jokar B, Sahragard N(2007). Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*.;13(3):290-5.
22. -Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395, 470–473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9).

*Original Article***Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral and semantic group therapy on reducing depression and increasing resilience and life expectancy in improved patients**

Received: 11/02/2022 - Accepted: 13/03/2022

Elahe Ghasempour<sup>1</sup>  
 Zahra Alizadeh<sup>2</sup>  
 Zohre Zare Hosseinzadegan<sup>3</sup>  
 Zahra Ashkar<sup>4</sup>  
 Eshagh Samkhaniani<sup>5</sup>  
 Mitra mirlohan<sup>6\*</sup>

<sup>1</sup> Master's degree in family counseling, Islamic Azad University, Tonkabon branch, Iran

<sup>2</sup> Master's degree in General Psychology, Islamic Azad University, Research Sciences, Ilam Campus, Iran.

<sup>3</sup> Master's degree, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Roudhan Branch, Iran.

<sup>4</sup> Master's degree, educational psychology, Islamic Azad University, Saveh branch, Iran.

<sup>5</sup> PhD student in health psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Iran.

Email: m\_rahmani@toniau.ac.ir

**Abstract**

**Introduction:** The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral and semantic group therapy on reducing depression and increasing resilience and life expectancy in patients with Quid 19 in Tehran.

**Method:** This experimental study was a pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the study includes people who improved from Quid 19 in 1400 in Tehran hospitals. First, 60 people were selected based on available sampling, then based on the scores of Beck Depression Inventory, Connor and Davidson Resilience and Schneider Life expectancy questionnaires, 30 of these people were randomly divided into two experimental groups and a control group. One experimental group received 10 sessions of semantic therapy and the second experimental group received 13 sessions of cognitive-behavioral psychotherapy, but the control group did not receive any intervention.

**Results:** The results showed that there was a significant difference between the two cognitive-behavioral group therapies and meaning therapy on reducing depression and increasing resilience and life expectancy in patients improved from Quid 19.

**Conclusion:** The results showed that cognitive-behavioral therapy and semantic therapy have been equally effective in reducing depression and have been effective in increasing resilience and life expectancy. Cognitive-behavioral therapy has been effective in increasing resilience and life expectancy.

**Key words:** Cognitive-behavioral group therapy, meaning therapy, depression, resilience, life expectancy

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest