

اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد

سمیه طاهری^۱، هادی هاشمی رزینی^۲، سمیرا وکیلی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۰۸

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد انجام شده است. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، دربرگیرنده زنان دارای همسر معتاد شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. با عنایت به نیمه آزمایشی بودن طرح، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با توجه به معیارهای شمول از بین افراد جامعه آماری به صورت در دسترس انتخاب شدند. اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. شرکت کنندگان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنادرمانی گروهی (فرانکل، ۲۰۰۱) شرکت کردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسش‌نامه افسردگی بک (۱۹۹۴) بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد معنادرمانی گروهی سبب بهبود افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد می‌شود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان از معنادرمانی به عنوان روش مداخله‌ای مؤثر سود جست. به نظر می‌رسد این مداخله برای زنان دارای همسر معتاد نیز کاربردی است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، کیفیت زندگی، معنادرمانی گروهی، زنان دارای همسر معتاد

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، پست الکترونیکی:

hadihashemi@khu.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

مقدمه

اعتیاد به مواد یک اختلال مزمن، عودکننده و پیچیده است که طی آن، مصرف مواد با وجود پیامدهای منفی فاجعه آمیز، ادامه می یابد (جایلوها^۱، ۲۰۱۰). مصرف مواده تنها بر سلامت و رفتار افراد اثرات زیانباری دارد، بلکه با هزینه های بالای اجتماعی همراه است و به انسجام و توسعه اجتماعی آسیب وارد می کند (اوزیر و ارامی^۲، ۲۰۱۶). از جمله هزینه های اجتماعی مصرف مواد می توان به بیماری های ناشی از مصرف مواد و تحمیل هزینه های گزاف به سیستم مراقبت بهداشتی، افزایش جرم و جنایت و هزینه های مربوط به سیستم قضایی و اثرات مصرف مواد بر پیشرفت تحصیلی و بهره وری شغلی و هزینه های ناشی از آن بر جامعه اشاره کرد (زهرابین و فیلیپسون^۳، ۲۰۱۰).

در واقع، اعتیاد یک اختلال عودکننده مزمن است و با مسائل زیادی در حوزه های پزشکی، روان پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می دهد، بلکه مشکلات و ناراحتی های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را بر آن ها تحمیل می کند. خانواده معتادین مشکلات روانی - اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و مشکلات رفتاری را تجربه می کنند (سالیس، شادیور، بارنز و هاسونگ^۴، ۲۰۱۲).

مطالعات نشان می دهد که خانواده های معتادان، تفاوت چشمگیری با خانواده های عادی دارند، به گونه ای که روابط زوجین، روابط پدر معتاد با فرزندان و روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد جنسی، اقتصادی، آموزشی و... مختل می گردد. هر کدام از این موارد می تواند منشاء مشکلات عدیده ای برای خانواده محسوب شود (نیکبخت نصرآبادی، پاشایی ثابت و بستامی، ۱۳۹۵). با اعتیاد مرد خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده دچار اختلال می شود و نیز اعتیاد مرد خانواده، نقش حمایتی مرد را در خانواده کاهش می دهد و حمایت های اجتماعی کم تر در خانواده با کاهش سلامت روانی و بروز اختلالات روانی در افراد خانواده همراه است (چامبرس^۵ و همکاران، ۲۰۱۳).

در چنین شرایطی، زن در نقش همسر، در امن ترین نهاد اجتماعی؛ یعنی خانواده، با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود و در شرایطی که محیط خانه مأمن امنیت، آرامش و آسایش است، در هراس و ناامنی به سر می‌برد. آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاه آن قدر عمیق می‌شود که علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر نیز در معرض ابتلا به اعتیاد و دیگر آسیب‌ها قرار می‌گیرد (صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۵).

یکی از مشکلات روان‌شناختی شایع در زنان دارای همسر معتاد، افسردگی است. افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی است (کامیمورا، نوریان، آساسنیک و روا، ۲۰۱۰) که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (کیمبرل، مه‌یر، دی‌بیر، گالیور و موریسست، ۲۰۱۴). فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، برای مبتلایان به اختلال افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲/۹ تا ۶/۱۲ درصد در جمعیت عمومی باعث شده که توجه به درمان یا کاهش میزان نشانگان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته شود (ماهاتی، باگیا، کریستوفر، اسنها و راو، ۲۰۱۵). از دیگر پیامدهای ناخوشایند افسردگی، کاهش باورهای فراشناختی مثبت مانند خودآگاهی شناختی و کاهش کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر کیفیت زندگی فرد بگذارد (لیما و فلک، ۲۰۱۴).

در نتیجه، زنان دارای همسر معتاد از کیفیت زندگی پایینی نیز برخوردارند. مفهوم کیفیت زندگی به ادراک فرد از انتظارات فردی، استانداردها و نگرانی‌ها در چارچوب سیستم فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، بر می‌گردد (روما، آلمدیا، مانسانو، ویانی و آسیس و باربوسا، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی می‌تواند پیش‌بینی کننده میزان و تاثیر بیماری‌ها، صدمات و ناتوانی‌ها و سنجش سلامت روانی در جوامع باشد (اوگاندر^۶ و همکاران،

1. Kamimura, Nourian, Assasnik & Roa
2. Kimbrel, Meyer, DeBeer, Gulliver & Morissette
3. Mahati, Bhagya, Christofer, Sneha & Rao

4. Lima & Foulce
5. Roma, Almeida, Mansano, Viani & Assis
6. Ogundare

۲۰۱۷). با توجه به آنچه گفته شد، شناسایی راهکارهایی به منظور کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در زنان دارای همسر معتاد از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. یکی از رویکردهای مؤثر در این زمینه، معنادرمانی است. معنادرمانی در شیوه درمان خود از روش‌ها و فن‌هایی مانند ارزش آفرینندگی، ارزش تجربی، ارزش‌های نگرشی، قصد متضاد و بازتاب‌زدایی بهره می‌جوید (امیرلو و نادری، ۱۳۹۶). معنادرمانی رویکردی فلسفی درباره مردم و هستی آن‌هاست و به مضامین و موضوعات مهم زندگی مانند مرگ و زندگی، آزادی و مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران، معنایی و کنارآمدی با بی‌معنایی و همانند آن‌ها می‌پردازد. این رویکرد، انسان‌ها را و می‌دارد تا آن سوی مشکلات و وقایع روزمره را ببینند (شجاعی و اسکندپور، ۱۳۹۵).

برخی از مطالعات انجام شده در پیشینه پژوهشی، اثربخشی معنادرمانی گروهی را بر افسردگی و کیفیت زندگی مورد تأیید قرار می‌دهند. در همین راستا، مورگان^۱ و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند بین میزان افسردگی و ارزشمندی زندگی سالمندان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. این یافته مبین اثربخش بودن معنادرمانی بر افسردگی سالمندان بود. علاوه بر این، کانگ^۲ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند معنادرمانی در بهبود کیفیت زندگی نوجوانان سرطانی اثربخش بوده است. بررسی عمده مطالعات انجام شده نشان داد اگرچه در برخی مطالعات اثربخشی معنادرمانی بر کیفیت زندگی و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است؛ اما این مطالعات اکثراً بر گروه‌های مبتلا به بیماری‌های خاص مورد بررسی قرار گرفته است. از این رو، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا معنادرمانی گروهی همچون سایر گروه‌های مورد مطالعه در پیشینه پژوهشی بر کیفیت زندگی و افسردگی زنان دارای همسر معتاد نیز اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

در پژوهش حاضر از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری عبارت بود از: زنان دارای همسر معتاد شهر تهران در سال ۱۳۹۷

1. Morgan

2. Kang

که همسر آن‌ها در یکی از کلینیک‌های درمان نگهدارنده سطح شهر مشغول به درمان بود. به این منظور، ۲ کلینیک درمان نگهدارنده با متادون به صورت در دسترس انتخاب شدند. با توجه به طرح پژوهش، پژوهشگر نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر را با توجه به معیارهای شمول به صورت در دسترس انتخاب کرد. اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و بدین ترتیب، در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشت. برای افراد شرکت کننده در این پژوهش، ملاک‌هایی به صورت زیر در نظر گرفته شد: همسر در زمان مطالعه تحت درمان نگهدارنده با متادون باشد؛ شرکت کننده در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال باشد؛ میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر باشد؛ با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کند. علاوه بر این، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، اختلال وابستگی به مواد و عدم تمایل به شرکت در پژوهش به عنوان ملاک خروج بودند. ملاک‌های خروج بر اساس گزارش خود اظهاری افراد متقاضی بررسی شد. بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، افراد واجد شرایط در پژوهش شرکت داده شدند.

معنادرمانی گروهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش اجرا شد. این آموزش بر اساس مدل فرانکل (۲۰۰۱) بود. بعد از یک ساعت از آغاز هر جلسه، ۱۵ دقیقه به اعضا استراحت داده می‌شد و از آنان پذیرایی می‌شد.

جدول ۱: پروتکل معنادرمانی گروهی به تفکیک جلسه‌ها

جلسه‌ها	محتوا
اول	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، فراهم کردن فرایند ورود اعضا به گروه، عادی ساختن احساس پوچی و بی‌معنایی و تسهیل کردن انتظار و چشم داشت مثبت نسبت به درمان با توجه به تلاش‌های مراجع.
دوم	معرفی رویکرد معنا درمانی فرانکل به اعضا، پرسش و پاسخ درباره مفاهیم بنیادی نظریه معنادرمانی.
سوم	آسیب‌زدایی کردن احساسات مراجعان از پوچی و بی‌معنایی، معرفی منابع معنا در زندگی.
چهارم	درد و رنج و معنای آن، توضیح مثلث غم‌انگیز و ابعاد آن (مرگ، گناه و رنج) و تکنیک اصلاح نگرش‌ها برای اعضا.
پنجم	بحث کردن اعضا درباره معنای خود، گسترده‌تر شدن دیدگاه مراجعان از خودشان.
ششم	ماهیت مرگ، بحث درباره رابطه متقابل بین عقاید مراجعان درباره مرگ و مشکل کنونی‌شان.

جلسه‌ها	محتوا
هفتم	معنی افسردگی و بیماری روانی، بازنگری اثرات متقابل بین مشکلات و پیامدهای روانی آن و مسائل گوناگون وجودی، مطرح کردن مشکلات با استفاده از تکنیک‌های اصلاح نگرش‌ها، بازتاب‌زدایی و قصد متناقض توسط اعضا.
هشتم	بحث پیرامون وجود و بودن، بررسی احساسات اعضای گروه، اهمیت توجه زندگی همانگونه که هست و لحظه حال و اکنون.
نهم	بحث پیرامون آزادی و مسئولیت، تمرکز بر زندگی گذشته فرد تا حال حاضر، تمرکز بر زمان حال تا آینده.
دهم	بحث پیرامون معنی تغییر و درمان، بیان نقطه نظرات اعضا درباره گروه و فرایند آن، ختم جلسه و اجرای پس‌آزمون.

جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، از افراد مورد پژوهش برای شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه اخذ شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج به طور محرمانه نگهداری خواهند شد. اهداف پژوهش در حد مورد نیاز توضیح داده شد. به اعضای گروه گواه اطمینان داده شد در صورت تمایل بعد از اتمام پژوهش، ۸ جلسه معنادرمانی برای آن‌ها اجرا خواهد شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه کیفیت زندگی: توسط سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. فرم کوتاه آن دارای ۲۶ سؤال است و چهار حیطه سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال) و سلامت محیط (عمومی) (۸ سؤال) را ارزیابی می‌کند. دو سؤال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند (کویکن^۱ و همکاران، ۱۹۹۴؛ نجات و همکاران، ۱۳۸۵). پس از انجام مصاحبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، امتیاز ۴ نشانه بدترین وضعیت است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ است و امتیاز بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در ایران نجات و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند و ضریب آلفا را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰،

سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند. ضریب بازآزمایی پس از دو هفته، ۰/۷۰ گزارش کرده شده است. نصیری و همکاران (۱۳۸۵) نیز ضریب آلفا را ۰/۸۴ گزارش نمودند و تحلیل عاملی مشخص کرد چهار خرده‌مقیاس سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی وجود دارد که نشان دهنده روایی ساختاری است.

۲- پرسش‌نامه افسردگی بک: پرسش‌نامه خود گزارشی است که شدت افسردگی را می‌سنجد و در سال ۱۹۶۱ توسط آبرون تی بک ساخته شده و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. از مطالعه محمدخانی و داپسون در هنجاریابی پرسش‌نامه استفاده شده است. دارای ۲۱ عبارت است و هر عبارت بر حسب شدت و ضعف علائم از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود. اعتبار آزمون در سال ۱۹۷۲ توسط بک با روش اسپیرمن - براون در حدود ۰/۹۳ گزارش شده است. تشکری و همکاران (۱۳۷۳) کارایی آزمون افسردگی بک را در دانشجویان غیرغربی خوب گزارش کردند و ضریب آلفا را ۰/۷۸ گزارش نمودند. اعتبار دو نیمه کردن با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون ۰/۸۰ گزارش شد (پشت مشهدی، ۱۳۸۰). در ایران پورشهباز (۱۳۷۲) آزمون افسردگی بک را در یک نمونه ۱۱۶ نفری مورد بررسی قرار داده که ضریب همبستگی نمرات هر بخش با کل آزمون بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۵ به دست آمد. محمدخانی و داپسون (۱۳۸۵) در یک نمونه ۳۵۴ نفری با میانگین سنی $10/6 \pm 33/8$ در دامنه‌ای از ۱۶ تا ۶۰ سال، از افرادی که تشخیص اختلال افسردگی اساسی داشتند و در زمان مطالعه در دوره بهبودی نسبی به سر می‌بردند، ضریب اعتبار کل را ۰/۹۱۳ گزارش نمودند. ضریب همبستگی هر گویه با نمره کل در دامنه‌ی ۰/۴۵ تا ۰/۶۸ گزارش شد. ضریب آلفا نیز ۰/۹ به دست آمد. در تحلیل عاملی پرسش‌نامه، سه عامل جسمانی - حیاتی، شناختی - روان‌شناختی، بدینی - احساس بی‌ارزشی استخراج شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سن گروه آزمایش $38/33 \pm 3/69$ و گروه گواه $39/40 \pm 4/05$ بود. نتایج آزمون t حکایت از همتایی گروه‌ها به لحاظ سن داشت. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	آزمایش	30/20	3/14	25/20	3/02
	گواه	30/60	3/18	30/80	3/03
بعد فیزیکی	آزمایش	8/07	1/03	8/47	1/30
	گواه	8/20	1/37	8/40	1/35
بعد روان-	آزمایش	8/87	2/13	12/39	1/38
	گواه	10/60	1/40	9/60	1/63
شناختی	آزمایش	9/40	1/35	11/13	1/24
	گواه	9/33	1/79	8/93	1/22
بعد اجتماعی	آزمایش	9/73	1/58	11/40	0/98
	گواه	9/80	1/65	9/33	1/49
عمومی	آزمایش	37/07	3/41	43/93	1/66
	گواه	37/60	4/76	36/27	3/34
کیفیت زندگی					

برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و برای همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون لون در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	نوع آزمون	آزمون کولموگروف-اسمیرنوف				آزمون لون	
		آزمایش		گواه		آماره F	معناداری
		آماره Z	معناداری	آماره Z	معناداری		
افسردگی	پیش آزمون	۰/۵۱۵	۰/۹۵۴	۰/۴۵۲	۰/۹۸۷	۰/۰۰۶	۰/۹۴۱
	پس آزمون	۰/۷۴۷	۰/۶۳۱	۰/۵۴۴	۰/۹۲۹	۰/۰۱۶	۰/۹۴۳
بعد فیزیکی	پیش آزمون	۰/۸۰۴	۰/۵۳۸	۰/۸۷۰	۰/۴۳۶	۱/۲۹۴	۰/۲۶۵
	پس آزمون	۰/۶۷۱	۰/۷۵۸	۰/۵۸۰	۰/۸۹۰	۰/۰۵۳	۰/۸۲۰
بعد روان شناختی	پیش آزمون	۰/۹۱۳	۰/۳۷۵	۰/۷۷۹	۰/۵۷۸	۳/۲۲۶	۰/۱۱۹
	پس آزمون	۰/۸۲۹	۰/۴۹۷	۰/۵۳۰	۰/۹۴۱	۱/۱۸۰	۰/۲۸۷
بعد اجتماعی	پیش آزمون	۰/۵۸۰	۰/۸۹۰	۰/۶۷۲	۰/۷۵۷	۱/۴۱۲	۰/۲۴۵
	پس آزمون	۰/۸۱۱	۰/۵۲۷	۰/۸۰۷	۰/۵۳۲	۰/۰۲۱	۰/۸۸۷
بعد سلامت عمومی	پیش آزمون	۰/۶۴۴	۰/۸۰۱	۰/۷۱۸	۰/۶۸۲	۰/۰۳۱	۰/۸۶۲
	پس آزمون	۱/۲۵۶	۰/۰۸۵	۰/۷۹۶	۰/۵۵۱	۳/۴۲۷	۰/۰۷۵
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۰/۶۱۵	۰/۸۴۳	۰/۵۱۶	۰/۹۵۳	۱/۰۶۸	۰/۳۱۰
	پس آزمون	۰/۵۸۴	۰/۸۸۵	۰/۵۴۴	۰/۹۲۹	۳/۶۰۶	۰/۱۵۱

علاوه بر این، آزمون باکس نشان داد ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن هستند ($F = ۲/۲۶۱$, $P > ۰/۰۵$)، $M = ۷/۳۵۲$ (باکس). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن نشان داد تفاوت معناداری بین گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$)، $F = ۲۲/۲۸۶$ ، $۰/۱۹۱ = \lambda$ (مبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی اثربخشی معنادرمانی در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
بعد فیزیکی	۰/۹۴	۱/۰۲۳	۰/۳۲۲	-
بعد روان شناختی	۸۶/۲۷	۳۴/۰۳۷	۰/۰۰۰۵	۰/۵۹
بعد اجتماعی	۳۶/۳۸	۲۷/۰۴۱	۰/۰۰۰۵	۰/۵۳
بعد سلامت عمومی	۳۵/۱۹	۳۹/۴۲۶	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲
کیفیت زندگی	۴۵/۲۳	۸۳/۲۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۵

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که اجرای برنامه معنادرمانی، تأثیر معناداری بر کاهش افسردگی زنان دارای همسر معتاد دارد ($P < 0/01$). می‌توان اظهار داشت آن دسته از زنانی که در برنامه معنا درمانی گروهی حضور داشتند؛ در مقایسه با اعضای گروه گواه، در پس‌آزمون (پس از برداشتن اثر پیش‌آزمون)، افسردگی پایین‌تری از خود نشان داده‌اند و میزان مشکلات آن‌ها از نظر افسردگی کاهش یافته است. نتایج به دست آمده در این پژوهش با مطالعه پیشین در داخل و خارج از کشور مانند خالدیان و محمدی فر (۱۳۹۴)، رباط میلی و همکاران (۱۳۹۲)، رضایی آذرمیدخت، رفاهی و احمدی خواه (۱۳۹۱) و ترخان (۱۳۹۰)، مورگان و همکاران (۲۰۱۳) و کلوز و همکاران (۲۰۱۱) همسو و همخوان است.

فرانکل (۱۹۸۴، ۱۹۸۵) و طرفداران جدی معنادرمانی مانند لوکاس (۱۹۹۸)، اسپینگ (۲۰۰۸)، کانویسر (۲۰۰۶) بر این باورند، افرادی که در زندگی خود احساس معنا می‌کنند و واجد روابط معنادار با دیگران می‌باشند، در برابر رویدادهای آسیب‌زای زندگی به علت نگرش سازگارانه‌ای که دارند از آرامش و خونسردی خاصی برخوردارند. لذا با نگرستن به مشکل خود از زوایای مختلف و بدون از دست دادن کنترل رفتاری و هیجانی در جهت حل منطقی مشکل خود تلاش می‌کنند. این‌گونه افراد به جای این که مغلوب شرایط بحرانی شوند، سعی می‌کنند با احساس مسئولیت و آزادی اراده بر شرایط موجود غلبه یابند. چنانچه ناکام شوند از شکست‌های خود عبرت گرفته و به دنبال راه حل‌های منطقی برای بهبود شرایط کنونی‌شان می‌باشند. از آنجا که این نوع افراد، انگیزه قوی و ثابتی برای تغییر شرایط بحرانی دارند، همیشه احساس رضایت، خرسندی و شادکامی می‌کنند. این مهم به نوبه خود موجبات اعتماد به نفس آن‌ها را فراهم می‌سازد. اما افرادی که فاقد احساس معنا در زندگی می‌باشند یا از احساس معنای پایینی برخوردارند، در شرایط سخت و دشوار زندگی مقاومت و تاب‌آوری لازم را ندارند و به علت ناکامی وجودی که دارند یا تسلیم شرایط بحرانی می‌شوند یا با متوسل شدن به رفتارهای نابهنجار از رویارویی با شرایط بحرانی اجتناب می‌ورزند. در چنین شرایطی این نوع افراد، به توانایی‌های خود

شک و تردید پیدا می‌کنند و این مهم به نوبه خود، آزادی اراده، احساس مسئولیت و راهکارهای خلاقانه آن‌ها را مغشوش و موجبات سرخوردگی، ناخرسندی و دور باطل بی‌معنایی را به ارمغان می‌آورد (ترخان، ۱۳۹۰). به نظر می‌رسد که زنان دارای همسر معتاد به دلیل ضعف‌ها و ناکارآمدی‌هایی که در زندگی زناشویی نسبت به سایر افراد جامعه احساس می‌کنند، عزت نفس و اعتماد به نفس پایینی را شکل داده و این احساس‌های حقارت آن‌ها را به سمت کناره‌گیری از دیگران می‌کشاند. بنابراین به علت عدم علاقه به زندگی دچار ناهدفمندی زندگی می‌شوند. از این رو، اشراف داشتن به مهارت‌هایی مانند معنادرمانی و مداخلات روان‌شناختی که بتواند احساس توانایی و کنترل بر امور را به آن‌ها تا حدودی برگرداند، به گونه‌ای که بتوانند خود را در آن مهارت‌ها از جامعه نه کمتر بلکه بیشتر بدانند، سبب می‌شود تا با اعتماد به نفس، عزت نفس و روحیه سالم‌تری وارد جامعه شوند. می‌توانند با هدفمند کردن زندگی در چنین مواردی شانس بالایی جهت نائل آمدن به بهبود روحیه و کاهش افسردگی داشته باشند.

نتایج نشان داد معنادرمانی، احیای معنا برای زندگی افرادی است که از افسردگی و ناامیدی رنج می‌برند، زیرا آسیب روانی به ویژه افسردگی، هنگامی به وجود می‌آید که معنایی با شکست روبه رو شود. در معنادرمانی به فرد کمک می‌شود تا با قرار دادن خود در بافتی بزرگ‌تر، فلسفه‌ای از زندگی را مبنی بر این که فرد برای وجود و حیاتش مسؤول است، به دست بیاورد. در واقع معنادرمانی روشی مؤثر برای واژگون کردن تجربه افراد از افسردگی در دنیای معاصر است. این پیام معنادرمانی که می‌گوید تحت هر شرایطی با پذیرش مسئولیت زندگی و تحقق معنایی می‌توان مفهومی از شایستگی و لیاقت را به دست آورد، در نوع خود بی‌نظیر است. فرانکل (۱۹۸۶) می‌گوید: همه چیز مانند یأس، افسردگی، ناامیدی، مشکلات، رنج کشیدن و... ممکن است معنا یابد و تحولی عمیق ایجاد نماید و شخص را نه فقط به حالت قبل از بیماری، بلکه به حالتی کاملاً قوی و متحول تبدیل کند. در عواطف انسان نوعی فرزاندگی بالاتر از منطق نهفته است. جوانان اغلب برای خود آگاهی و کسب هویت شخصی در کشمکش‌اند، زیرا نیروهای متعارضی آن‌ها را احاطه کرده است. بسیاری از آن‌ها کمبود معنا را در زندگی خویش احساس می‌کنند. در توجه

به این بحران، نقش معنادرمان‌گر، کم کردن این خلأ وجودی به واسطه کمک به آن‌ها در کشف کردن، آشکار کردن و استفاده از معانی و توانایی‌های معنا در زندگی‌شان است. همچنان که آن‌ها توانایی کشف معنا در موقعیت‌ها و شرایط خود را پیدا کرده، آن معنا را ادامه داده و پیگیری می‌کنند. نتیجه این می‌شود که مشکلات از ادراک آنان برطرف شده و اغلب کم یا ناپدید می‌شود. از سوی دیگر زمانی که آن‌ها معنایی را در اینجا و اکنون کشف می‌کنند، این معنا به عنوان چراغی برای راهنمایی و به کار انداختن رشد شخصی‌شان، به آن‌ها خدمت می‌نماید (رباط میلی و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج پژوهش حاضر مؤید آن است که اجرای برنامه معنا درمانی گروهی، بر کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد اثربخش است ($P < 0/001$). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر افسردگی در چندین مطالعه داخلی و خارجی بررسی شد. نتایج مطالعات انجام شده داخل کشور همچون مردانی ولندانی و غفاری (۱۳۹۴) و عابدی، علوی و مزروعی سبدانی (۱۳۹۳) با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود. همچنین، نتیجه مطالعات کانگ و همکاران (۲۰۰۹) و چو (۲۰۰۸) تأیید کننده اثربخشی معنا درمانی گروهی بر کیفیت زندگی بود که با نتیجه مطالعه حاضر همسو است. در تبیین این یافته باید گفت فرانکل تمام تغییراتی که کیفیت زندگی فرد را متأثر می‌سازد را با مفهومی تحت عنوان معنای زندگی مرتبط ساخته است. بنابراین، امروزه یکی از راهبردهای رایج برای بهبود کیفیت زندگی، استفاده از رویکردهای درمانی و آموزشی با بهره‌گیری از الگوی معنا درمانی است. به اعتقاد فرانکل انسان‌ها معنی را در زندگی کشف نمی‌کنند، بلکه آن را در زندگی خود می‌آفرینند. مسئله این نیست که به زندگی چه پاسخی باید داد، زندگی فرایند جاری است که باید آن را تجربه کرد نه مسئله‌ای که باید آن را حل کرد. لازمه جستجوی معنا مسئولیت شخصی است. به طوری که هیچ کس و هیچ چیز دیگر نه پدر، نه مادر، نه همسر و نه مردم نمی‌توانند به انسان احساس معنا و منظور در زندگی بدهند. این مسئولیت هر فرد است که راه خود را پیدا کرده و بر اساس آن احساس پایداری نماید. از این رو معنادرمانی روشی است که می‌تواند در بر طرف سازی یا کمرنگ کردن این مفاهیم در اذهان افراد و

بازگرداندن آنان به زندگی عادی بسیار کمک کننده باشد (عابدی، علوی و مزروعی سبدانی، ۱۳۹۳).

معنا یکی از متغیرهای مربوط به رشد است که باعث به وجود آمدن موقعیت‌هایی می‌شود که در آن شادی و رضایت را برای فرد به همراه دارد. معنا می‌تواند به شادی و رضایت همه جانبه افراد کمک کند. معنا بخشیدن به زندگی افراد، باعث کاهش رنج آن‌ها و تخفیف فشارهای روانی و پیامدهای ناگوار ناشی از ناملايمات زندگی و بهبود کیفیت زندگی و سازگاری آن‌ها می‌شود. در واقع معنادرمانی به افراد کمک می‌کند تا به رغم ناامیدی، بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه، زندگی از نگاه معنادرمانی تحت هر شرایطی معنادار است. آن چه در معنادرمانی قابل توجه و حائز اهمیت است، گواه بودن بر توانایی بالقوه و منحصر به فرد انسان به بهترین نحو آن است که می‌تواند یک تراژدی را به پیروزی شخصی مبدل سازد. می‌تواند یک موقعیت ناگوار را به یک موقعیت انسانی تغییر دهد. هنگامی که قادر نیستیم یک وضعیت را تغییر دهیم، باید بکوشیم خود را تغییر دهیم. تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آن‌ها درس گرفته و در پیگیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند. بنابراین، این مداخله کمک می‌کند افراد، نگرش شجاعانه‌ای را در برابر درد و رنج اجتناب‌ناپذیر اتخاذ نمایند. به جای استقامت منفعل، آن‌ها انتخاب می‌کنند که در روابط، در این جا و در حال حاضر و در درگیری‌های روزانه خود، به عمیق‌ترین شکل، در جستجوی معنا باشند. آن‌ها در طی این درمان می‌آموزند که از محدودیت‌های خود آگاهی یابند، به کشف تعالی و معنویت پرداخته و حتی در بعضی از افراد منجر به توسعه یک راهنما برای زندگی بهتر می‌شود (مردانی ولدانی و غفاری، ۱۳۹۴). به همین جهت، شرکت در جلسات معنا درمانی گروهی موجب افزایش کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد شده است.

این پژوهش صرفاً بر روی زنان دارای همسر معتاد انجام شد و تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها با احتیاط همراه است. پیشنهاد می‌شود در سایر اعضای خانواده معتادین همچون فرزندان آن‌ها نیز این مداخله اجرا شود. به منظور بررسی اثر بلند مدت برنامه درمانی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دوره پیگیری نیز در نظر گرفته شود.

منابع

- امیرلو، ایران؛ نادری، فرح (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش معنادرمانی بر تصویر ذهنی از خدا، اضطراب مرگ و دیداری در دانش آموزان متوسطه دوم شهر اهواز. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۱۹)، ۱-۱۱.
- ترخان، مرتضی (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افسردگی و پرخاشگری افراد وابسته به مواد. *مجله پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۶(۲۴)، ۱۹-۳۸.
- حمید، نجمه؛ طالبیان، لیدا؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ یآوری، امیرحسین (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۱۸(۲)، ۱۸۱-۱۹۸.
- خالدیان، محمد؛ محمدی، فرح؛ محمدعلی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۶)، ۸۰-۶۳.
- رباط میلی، سمیه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ زرگر، یداله؛ کریمی خویگانی، روح اله (۱۳۹۲). تاثیر معنادرمانی به شیوه گروهی بر افسردگی و امید در دانشجویان. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۳)، ۱۰-۳.
- رضایی، آذرمیدخت؛ رفاهی، ژاله؛ احمدی خواه، محمدعلی (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۷)، ۴۶-۳۷.
- شجاعی، احمد؛ اسکندپور، بهروز (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی فرانکل بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش آموزان بی‌سرپرست و بدسرپرست. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۵(۲)، ۷۱-۹۱.
- صدری دمیرچی، اسماعیل؛ اسدی شیشه‌گران، سارا؛ اسماعیلی قاضی ولویی، فریبا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تنظیم شناختی هیجان، احساس تنهایی و صمیمیت اجتماعی زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۲(۲)، ۳۷-۴۶.
- عابدی، حیدرعلی؛ علوی، موسی؛ موسی، رضایی امیر؛ مزروعی سبذانی، اعظم (۱۳۹۳). بررسی معنادرمانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۴)، ۲۳-۴۳.

محمدی فر، محمد علی؛ طالبی، ابولفضل؛ طباطبائی، سید موسی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۶)، ۲۵-۴۰.

مردانی ولدانی، مریم؛ غفاری، زینب (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس شهر کرد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳(۵)، ۵۶-۴۷.

References

- Chambers, C., Chiu, S., Scott, A. N., Tolomiczenko, G., Redelmeier, D. A., Levinson, W., & Hwang, S. W. (2014). Factors associated with poor mental health status among homeless women with and without dependent children. *Community Mental Health Journal*, 50(5), 553-559.
- Cho, S. (2008). Effects of logo-autobiography program on meaning in life and mental health in the wives of alcoholics. *Asian Nursing Research*, 2(2), 129-139.
- Close, R. E. (2001). Logotherapy and adult major depression: Psychotheological dimensions in diagnosing the disorder. *Journal of Religious Gerontology*, 11(3-4), 119-140.
- Jiloha, R. C. (2010). Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking-cessation treatment. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(4), 301.
- Kamimura, A., Nourian M., Assasnik N. & Roa K.F. (2010). Depression and intimate partner, violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 51-55.
- Kang, K. A., Shim, J. S., Jeon, D. G., & Koh, M. S. (2009). The Effects of Logotherapy on Meaning in life and Quality of Life of Late Adolescents with Tennial Cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(6), 112-121.
- Kimbrel, N.A., Meyer, E.C., DeBeer, B.B., Gulliver, S.B., & Morissette, S.B. (2014). A 12- Month prospective study of the effects of PTSD depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research*, 243, 97-99.
- Lima, M., & Foulce, T. (2014). Over general autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with first-episode depression. *Psychiatry Research*, 243, 123-127.
- Mahati, K., Bhagya, V., Christofer, T., Sneha, A. & Rao, B.S. (2015). Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. *Neurobiology of Learning and Memory*, 134(Part B), 379-391.
- Morgan, J. H. (2013). Late-life depression and the counseling agenda: exploring geriatric logotherapy as a treatment modality. *International Journal of Psychological Research*, 6(1), 94-101.
- Ogundare, O. M., Shah, V. G., Salunke, S. R., Malhotra, R., Pati, S., Karmarkar, A. ... & Shah, M. V. (2017). Fifteen Dimensions of Health and

- their Associations with Quality of Life among Elderly in Rural Villages in Maharashtra,(India). *Indian Journal of Gerontology*, 31(1), 12-21.
- Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 148, 59-68.
- Rather, Y. H., Bashir, W., Sheikh, A. A., Amin, M., & Zahgeer, Y. A. (2013). Socio-demographic and clinical profile of substance abusers attending a Regional Drug De-addiction Centre in Chronic Conflict Area: Kashmir, India. *The Malaysian journal of Medical Sciences: MJMS*, 20(3), 31-38.
- Roma, I., Almeida, M. L. D., Mansano, N. D. S., Viani, G. A., Assis, M. R. D., & Barbosa, P. M. K. (2014). Quality of life in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 54(4), 279-286.
- Solis, J., M Shadur, J., R Burns, A., & M Hussong, A. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents' abuse substances. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(2), 135-147.
- Zohrabian, A., & Philipson, T. J. (2010). External costs of risky health behaviors associated with leading actual causes of death in the US: A review of the evidence and implications for future research. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 7(6), 2460-2472.