

مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و معنادرمانی گروهی بر نشانگان اضطراب و افسردگی

همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ

A Comparison of the Impact of Group Spiritual Therapy and Logotherapy on the Anxiety and Depression Symptoms of the Wives of Disabled Veterans Suffering from War-Related PTSD

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۱۰

Ali-Rezaee Moqaddam Bajestani S., Lotfi Kashani F.✉
Baqeri F.

سمیه علی‌رضایی مقدم بجهستانی^۱، فرح لطفی کاشانی^۲، فریبرز باقری^۲

Abstract

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is perceived to be one of the main war-related complications for those involved in a war, which is associated with unpredictable, destructive, and long-term consequences for the injured person, his family, and the society where he lives. This study is aimed at comparing the effectiveness of group spiritual therapy and logotherapy on reducing the symptoms of anxiety and depression among the wives of disabled veterans with war-related PTSD.

Method: The present study is a quasi-experimental research work with pretest-posttest and a control group waiting for therapy. The study population consisted of the wives of disabled veterans with war-related PTSD referring to Sadr Psychiatry Hospital in Tehran in 2016. A sample of 36 subjects was selected from among the wives of disabled veterans with war-related PTSD using the convenience sampling method and considering the inclusion and exclusion criteria. They were randomly assigned into 3 groups: spiritual therapy group, logotherapy group, and waiting-for-therapy control group each including 12 subjects. Then the shortened, revised, and ninety-symptom version of the SCL Questionnaire was completed by the three groups. The spiritual therapy experimental group received eleven 90-minute sessions of training, and the logotherapy group received ten 90-minute sessions of training. The control group received no intervention or training. After completing the course of treatment, both groups were retested. Using the SCL Questionnaire the extent of anxiety and depression among the subjects was measured at pre- and post-tests stages.

Results: The results of data analysis carried out using the multivariate covariance analysis revealed that spiritual therapy and logotherapy reduce anxiety and depression among the wives of disabled veterans with war-related PTSD. Also, the results showed that there is no significant difference between the impact of spiritual therapy and logotherapy on alleviating the symptoms of anxiety and depression among the wives of disabled veterans with PTSD ($p < 0/001$).

Discussion: Spiritual therapy and logotherapy intervention is effective in reducing the symptoms of anxiety and depression among the wives of disabled veterans with post-war PTSD.

Keywords: wives of disabled veterans with war-related PTSD, spiritual therapy, logotherapy, anxiety, depression.

چکیده

مقدمه: یکی از مهم‌ترین مشکلات ناشی از جنگ برای افراد درگیر با آن ابتلا به اختلال استرس پس‌ازضربه یا PTSD است که با پیامدهای غیرقابل‌پیش‌بینی، مخرب و بلندمدتی برای فرد آسیب‌دیده، خانواده وی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، همراه است. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و معنادرمانی گروهی بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ است.

روش: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل در انتظار درمان است. جامعه آماری این پژوهش، شامل همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ تحمیلی مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران در سال ۱۳۹۵ می‌باشد. نمونه موردنظر به‌شیوه نمونه‌گیری دردسترس و درنظرگرفتن ملاک‌های ورود و خروج از بین همسران جانبازان مبتلا به PTSD انتخاب شد که درمجموع ۳۶ نفر از همسران جانبازان مبتلا به PTSD به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه، به‌عنوان گروه آزمایشی معنویت‌درمانی (۱۲ نفر)، معنادرمانی (۱۲ نفر) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۲ نفر) قرار گرفتند. سپس پرسشنامه نشانگان اختلالات روانی، فرم کوتاه‌شده نسخه تجدیدنظرشده فهرست نود نشانه‌های SCL-90-R (SCL 25)، توسط سه گروه تکمیل شد. گروه آزمایشی معنویت‌درمانی طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایشی معنادرمانی طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله و آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله و آموزشی دریافت ننمود. با استفاده از مقیاس SCL 25 میزان افسردگی و اضطراب مشارکت‌کنندگان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه‌گیری شد.

نتایج: نتایج تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که معنویت‌درمانی و معنادرمانی بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین اثربخشی معنویت‌درمانی و معنادرمانی در کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. ($p < 0/001$)

بحث: مداخله مبتنی بر معنویت و معنا بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان PTSD اثرگذار است.

کلیدواژه‌ها: همسران جانبازان مبتلا به PTSD؛ معنویت‌درمانی؛ معنادرمانی؛ اضطراب؛ افسردگی

✉ **Corresponding Author:** Department of Clinical Psychology, Rudhen Branch, Islamic Azad University, Rudhen, Iran
E-mail: lotfi.kashani@gmail.com

۱ - دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

✉ گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲ - دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

مقدمه

تاریخ، گواه بروز انواع ضربه‌ها و فاجعه‌های تکان‌دهنده، به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی انسان‌ها بوده است و جنگ به‌عنوان یک پدیدهٔ خانمان‌برانداز و ویران‌کننده، یکی از این فاجعه‌هاست. پدیده‌ای که مشکلات ناشی از آن در زمینه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی از چنان گستردگی‌ای برخوردار است که اثرات سوء آن، سالیان متمادی، گریبان‌گیر کشورهای جنگ‌زده می‌شود. یکی از نشانگانی که در مطالعات مربوط به آسیب‌های روانی پس از جنگ، جایگاه ویژه‌ای دارد، اختلال استرس پس‌ازضربه^۱ است (نات، دیویدسون و زهار^۲، ۲۰۰۰). این اختلال ازجمله اختلالات بسپارشیاع، مزمن و ناتوان‌کنندهٔ روان‌پزشکی است که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شده و با چهار خوسه از نشانه‌ها مشخص می‌شود: ۱ - مزاحمت‌ها، ۲ - اجتناب پایدار از محرک‌های مرتبط با رویداد(های) آسیب‌زا، ۳ - تغییرات منفی در شناخت و خلق و ۴ - تغییرات چشمگیر در برانگیختگی و واکنش‌پذیری (انجمن روان‌پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه آوادیس یانس و عرب قهستانی، ۱۳۹۳). معمولاً افرادی که دچار PTSD می‌شوند، تحریک‌پذیری، گوش‌به‌زنگ‌بودن در حد افراط، ازجاپردیدن و رؤیاهای آشفته‌ای دارند که به روابط اجتماعی آنها آسیب می‌رساند. ناسازگاری‌های زناشویی، عدم رضایت شغلی، حالات ناامیدی، درماندگی و احساس تهدید مداوم در آنها دیده می‌شود. مطالعات انجام‌شده روی علائم PTSD نشان داده است که این علائم می‌تواند بر روابط خانوادگی تأثیر منفی بگذارد و در برخی موارد، خانواده‌های جانبازان را در شرایط درماندگی و بی‌پناهی قرار دهد. این وضعیت با طولانی‌شدن اختلال جانباز، بر همسر و

خانوادهٔ وی آسیب‌های روانی جدی وارد می‌کند (کاظمی، بنی‌جمالی، احدی و فرخی، ۱۳۹۱). از آنجاکه رابطه با همسر، عنصر اصلی زندگی عاطفی و احساسی فرد تلقی می‌شود، اولین شخصی که مستقیماً در معرض آسیب ثانویه و مشکلات روان‌شناختی وابسته به آن قرار می‌گیرد، همسر فرد مبتلا به اختلال است. پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که همسران افراد مبتلا به PTSD علائمی شبیه به علائم همراه با PTSD از خود بروز می‌دهند که این علائم با مشکلاتی از قبیل: برانگیختگی و تحریک‌پذیری، افسردگی، اضطراب، جسمانی‌شدن، خصومت، عقاید و باورهای ناکارآمد و نقص در کارکردهای اجتماعی همراه است (تافت و نیلز^۳، ۲۰۰۴). با در نظر گرفتن نقش کلیدی زنان؛ به‌عنوان منبع امنیت، آسایش، عطوفت و حمایت در خانواده، شناسایی مشکلات و اختلالات همسران جانبازان مبتلا به PTSD، در راستای کمک به ارتقای سلامت روان آنها امری ضروری است.

یکی از معضلات قرن حاضر، آشفتنگی‌های عاطفی و هیجانی در روابط انسانی است. مطالعات معنوی در روان‌شناسی در سطح جهان، موضوعی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است (بوآله‌ری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱). اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دههٔ گذشته به‌صورت روزافزونی توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیداست که نیاز بشر تنها به دستیابی به مادیات، رفاه، تجمل و مصرف نوعی پاسخ داده نمی‌شود. نسل امروز خلاً معنویت را در روح و روان و حیات خویش احساس کرده و به‌دنبال یافتن گمشدهٔ خویش در وادی تحیر گام می‌زند و از آنجاکه معنویت، بخش مهمی از زندگی مردم را تشکیل می‌دهد، تأثیر مهمی

هرچند توان‌فرسا در این مسیر معنا یابد (بواله‌ری و همکاران، ۱۳۹۱). معنویت یک کیفیت روانی است که فراتر از باورهای مذهبی است و در انسان ایجاد انگیزه می‌کند، حتی در مواردی که فرد به وجود خداوند اعتقاد نداشته باشد، بعد معنوی، انسان را وامی‌دارد تا درباره خلقت و جهان لایتناهی تفکر کند. زمانی این بعد مهم در زندگی برجسته و مهم می‌شود که انسان در برابر فشارهای عاطفی، بیماری شدید و مرگ قرار گیرد. براساس جدیدترین پژوهش‌های جامعه‌شناختی ۹۵٪ انسان‌ها به وجود خداوند ایمان دارند (کرمانی مامزندی و دانش، ۱۳۹۰). تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد و همچنین میان سلامت روانی، سلامت جسمی، رضایت از زندگی و سرزنده بودن، رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد (بهرامی دشتکی، ۱۳۸۹). طی جلسات درمانگری معنوی به مراجع کمک می‌شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کنند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نمایند. همچنین «توکل به خدا» و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود، امید به زندگانی افزایش یابد (لامبرت و دولاهات^۷، ۲۰۰۸). نتایج مطالعه لطفی کاشانی، مفید و سرافرازمهر (۱۳۹۲)، نشان داد که معنویت‌درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان، مؤثر است. همچنین نتایج مطالعه امیرارجمندی، هاشمیان و نیکنام (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش معنویت موجب کاهش افسردگی در زنان متأهل شد.

در بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در خارج از ایران، نتایج مطالعه هریس^۸ و همکاران (۲۰۱۱)، نشان داد که مداخله معنوی در جانبازان مبتلا به PTSD، موجب کاهش معنادار آماری و بالینی در نشانه‌های PTSD در میان جانبازان شد. همچنین نتایج پژوهش

بر سلامت و بهزیستی آنان دارد. تحقیقات جدید نشان داده است که برخلاف آنچه در قرن بیستم تصور می‌شد، گرایش‌های معنوی می‌توانند نقش مثبتی بر ارتقای سلامت روان داشته باشند (آرگایل^۴، ۲۰۰۲؛ سلیگمن^۵، ۲۰۰۲). همچنین تجارب شخصی نشان می‌دهد که بسیاری از اختلالات روانی، عاطفی و حتی شخصی، در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون توجه به حساسیت به این تعامل، تشخیص و درمان، موفقیت‌آمیز نخواهد بود. برای نمونه، اختلال‌هایی مانند وسواس، افسردگی، احساس گناه، تعارض‌های درونی و بین‌فردی، در تعامل با باورها و نگرش‌های مذهبی قرار دارد. بنابراین، می‌توان راهبرد معنوی را نوعی ابزار مکمل در کنار رویکردهای دیگر در نظر گرفت و از آن با دقت و حساسیت ویژه‌ای استفاده کرد (اعتمادی، ۱۳۸۴). بنابراین، اهمیت و ضرورت طرح موضوع معنویت از جهات مختلف در عصر جدید احساس می‌شود. یکی از این ضرورت‌ها در عرصه انسان‌شناسی توجه به بعد معنوی انسان از دیدگاه دانشمندان، به‌ویژه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت است که اخیراً انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کند (سهرابی، ۱۳۸۷). از نظر ریچاردز و برگین^۶ (۲۰۰۷) معنویت عبارت است از "حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی" این تعریف پایه و مبنای کار معنویت‌درمانی است. معنویت‌درمانی به بیماران کمک می‌کند تا به‌رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دست‌رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه، زندگی از نگاه معنویت‌درمانی تحت هر شرایطی معنادار است. معناداری، هدف‌مندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم‌بخش سلامت روان هستند. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر رخدادی

پیتیت^۹ و همکاران (۲۰۱۲)، نشان داده که مداخلات مذهبی معنوی، به دلیل تأثیر بازدارندگی معنویت و مذهب در برابر ابتلای به اختلالات روانی به خوبی می‌توانند از سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان در برابر افسردگی و اضطراب محافظت کنند. در پژوهش موریتز^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۱)، آموزش معنویت به عنوان یک درمان غیردارویی به طور معناداری باعث کاهش شدت افسردگی می‌شود.

یکی دیگر از راهبردهای درمانی رایج برای کاهش ناامیدی و افسردگی و اضطراب در زندگی افراد، رویکرد معنادرمانی است. برخی از صاحب نظران باتوجه به یافته‌های موجود، ادعا نموده‌اند که وجود و احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند قفل و گره مشکلات زندگی را باز کند و باعث شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند. به همین لحاظ، اغلب زندگی معنادار را از عوامل مهم سلامت روان شناختی می‌دانند (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). از طرفی، اختلال روحی - عصبی که همه ما کمابیش از آن رنج می‌بریم، فقدان حس درک معناست و معنادرمانی که فرانکل بنیانگذارش است از جمله روش‌های درمانی مؤثر است که در قالب کار گروهی امکان‌پذیر است (هیل برون، ۲۰۰۴؛ به نقل از اصغری، علی‌اکبری و دادخواه، ۱۳۹۱). برخی دیدگاه‌ها، معنا را به عنوان احساس هدف و انسجام در زندگی فرد، آگاهی از ارزش‌ها، فناپذیر بودن و گرانبه بودن زندگی می‌دانند. زندگی از نگاه معنادرمانی تحت هر شرایطی معنادار است، افراد با اراده معطوف به معنا برانگیخته می‌شوند و انسان دارای اراده آزاد است. انسان تحت نفوذ قوانین جبری قرار نگرفته است. انسان حق این انتخاب را دارد که در برابر موقعیتی که قرار می‌گیرد، چه نگرشی برگزیند. هیچ عاملی این قدرت را ندارد که تعیین کند انسان در برابر سرنوشت غیرقابل‌تغییر، چگونه فکر کند و چگونه

رفتار نماید. انسان همیشه مسئول اعمال و گفتار خود خواهد بود (لنت^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ به نقل از سودانی، شجاعیان و نیسی، ۱۳۹۱). فرانکل در این رابطه بیان می‌کند که ما هرگز نباید از یاد ببریم که ممکن است معنا را حتی در حوادث زندگی بیابیم؛ زمانی که با یک موقعیت ناامیدکننده و زمانی که با سرنوشتی مواجه می‌شویم که قابل تغییر نیست؛ برای تغییر دادن خودمان به چالش کشیده می‌شویم و آنچه که دارای اهمیت است، تحمل فرد نسبت به رنج است؛ این که یک تراژدی شخصی را به یک پیروزی بدل کند و به ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد (فرانکل، ۱۹۶۷؛ ترجمه معارفی، ۱۳۹۴).

نتایج پژوهش دلوری، نصیریان و برزگر بفرویی (۲۰۱۴)، نشان داد که معنادرمانی تأثیر معناداری در کاهش اضطراب و افسردگی میان مادران کودکان مبتلا به سرطان دارد. همچنین یافته‌های پژوهش رباط‌میلی، سهرابی و حسنی (۲۰۱۵) نشان داد که معنادرمانی در کاهش افسردگی دانشجویان، مؤثر بوده است. در بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در خارج از ایران، نتایج مطالعه سرکامپ^{۱۲} (۲۰۱۵)، نشان داد که معنادرمانی در جانبازان مبتلا به PTSD در امریکا باعث کاهش نشانه‌ها می‌شود.

باتوجه به مطالب فوق، ضرورت این پژوهش در ابعاد آسیب‌شناسی خانواده‌های جانبازان PTSD، پیشگیری از انتقال علائم اختلال PTSD به همسران و فرزندان، تلاش برای ارتقای بهداشت روانی این خانواده‌ها و پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی بر فرزندان این خانواده‌ها از طریق کمک به مادران، بیشتر احساس می‌شود. از طرفی، باتوجه به اینکه ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که معنویت نقش بنیادی در زندگی افراد ایفا می‌کند، اهمیت این تحقیق از این روست که سعی دارد معنویت را در سطح زندگی انسانی و هرچه بهترکردن آن مورد بررسی قرار دهد. عاملی که

دو به وقایع منفی زندگی پاسخ مثبت می‌دهند، انسان در زندگی رسالت و وظیفه‌ای دارد، معناداربودن زندگی تحت هر شرایطی، بر ازدست‌رفته‌ها و گذشته تمرکز نمی‌کنند، تأکید بر ماندن فرد در "زمان حال" و تجربه‌ی حال و اکنون، مرگ چهره زندگی را بی‌معنا نمی‌کند، اعتقاد به خدا) این دو رویکرد و نیز باتوجه‌به اینکه مطالعات متعدد به بررسی جداگانه‌ی اثربخشی هر یک از دو رویکرد معنویت‌درمانی و معنادرمانی در کاهش ابعاد آسیب‌شناسانه روان‌شناختی پرداخته‌اند و اینکه بررسی مقایسه میزان تأثیر این دو روش تاکنون مورد توجه چندانی واقع نشده است، لذا این پژوهش به‌منظور مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و معنادرمانی بر نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD، انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل در انتظار درمان است. جامعه آماری در این پژوهش شامل همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ تحمیلی مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران بود. نمونه موردنظر به‌شیوه نمونه‌گیری دردسترس و درنظرگرفتن ملاک‌های ورود و خروج از بین همسران جانبازان مبتلا به PTSD انتخاب شد. در پژوهش حاضر، جهت برآورد حجم نمونه از جدول کوهن ($\alpha=0.05$ و حجم اثر $d=0.50$)، توان آزمون 0.90 (احتمال خطای نوع دوم 0.10) استفاده شده است. نمونه آماری پژوهش حاضر، متناسب با روش تحقیق که از نوع روش نیمه‌آزمایشی است، ۳۶ نفر است که به‌طور تصادفی در سه گروه، به‌عنوان گروه‌های آزمایشی معنویت‌درمانی (۱۲ نفر)، معنادرمانی (۱۲ نفر) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۲ نفر) جایگزین

سنخیت بالایی با روان‌شناسی بومی جامعه ایران دارد. در چنین جامعه‌ای نادیده‌گرفتن زمینه ارزشی فرد، تأثیرات منفی بر روان‌درمانی خواهد داشت و هماهنگی بین راهبردها و ارزش‌های اعتقادی شخص موجب تداوم آثار درمانی می‌شود. همچنین باتوجه‌به اینکه داشتن معنا در زندگی نقش مهم و غیرقابل انکاری در افزایش سلامت روانی انسان و بهبود کیفیت زندگی و مقابله مؤثر با حوادث و رویدادهای زندگی دارد، لذا باتوجه‌به تفاوت‌ها (۱) - در "معنویت‌درمانی" زندگی فناپذیر است، با مرگ پایان نمی‌یابد و معنای مرگ در باور به جهان آخرت و عالم پس از مرگ است، ولی در "معنادرمانی" زندگی فناپذیر است با مرگ کامل می‌شود و به پایان می‌رسد. موقتی‌بودن زندگی آن را پرمعنا می‌سازد و مسئولیت آدمی را به او یادآوری می‌کند که به‌تعویق نیندازد. ۲ - متفاوت‌بودن راه‌های یافتن معنا. در "معنادرمانی" یافتن معنا و هدف در زندگی از طریق ارزش‌های خلاق، تجربی و نگرشی، تمرکززدایی و قصد متناقض است. در "معنویت‌درمانی" علاوه‌بر توجه به مسائل دینی و معنوی، مجموعه‌ای را ارائه می‌دهد که از راه آنها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (توکل به منبع آسمانی، بخشش، صبر، مراقبه، توبه). ۳ - در "معنویت‌درمانی" معنا مفهوم اعم دارد و معنای زندگی ثابت (خدا) است و تغییر نمی‌کند، خداوند متعال به‌مثابه منبع و سرچشمه وجود و همه کمالات، معرفی شده است و نزدیک‌شدن به او هدف اصلی آفرینش انسان شمرده شده است. ولی در "معنادرمانی" معنای زندگی دائماً در حال تغییر است و منحصربه‌فرد و از فردبه‌فرد، روزبه‌روز و ساعت‌به‌ساعت در تغییر است. معنای غایی در معنادرمانی ممکن است مفهوم خدا باشد یا نباشد) و شباهت‌های (هر دو به انسان امید و معنا می‌دهند، هر

شدند. همچنین، پیش از اجرای متغیر مستقل معنویت‌درمانی و معنادرمانی، شرکت‌کنندگان انتخاب شده در هر سه گروه در پیش‌آزمون اقدام به پرکردن ابزار پژوهش (مقیاس SCL - 25) کردند. گروه آزمایشی معنویت‌درمانی طی ۱۱ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برمبنای پروتکل معنویت‌درمانی وزیری، لطفی کاشانی و اکبری (۱۳۹۶) و گروه آزمایشی معنادرمانی طی ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای براساس نظریه معنادرمانی فرانکل (۱۹۸۶)؛ به‌نقل از حسینیان، سودانی، مهرابی‌زاده هنرمند، (۱۳۸۸) تحت مداخله و آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله و آموزشی دریافت نمود. پس از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون روی دو گروه اجرا شد. انتخاب شرکت‌کنندگان براساس ملاک‌های ورود و خروج ذیل انجام گرفت:

معیارهای ورود: ۱ - عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی در سه ماه قبل از مداخله (قبل از پیش‌آزمون)، ۲ - داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل و حداکثر سن ۵۰ سال.

معیارهای خروج: ۱ - مصرف داروهای روان‌پزشکی و مصرف مواد.

در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بود. به‌این‌منظور، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه نشانگان اختلالات روانی (مقیاس SCL 25)، فرم کوتاه‌شده نسخه تجدیدنظرشده فهرست نود نشانه‌ای یعنی SCL-90-R می‌باشد که توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) تهیه شده، استفاده شده است. نجاریان و داودی (۱۳۸۰) براساس مقیاس SCL-90-R، مقیاس SCL - 25 را که یک مقیاس تک‌عاملی است و دارای ابعاد نه‌گانه و (ماده‌های اضافی) شامل: شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری،

ترس‌مرزی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی است، تهیه کردند. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی برای سنجش آسیب‌شناسی روانی عمومی است. همبستگی میان این دو مقیاس ۰/۹۵ است. دامنه ضرایب همبستگی این دو مقیاس از ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ می‌باشد. کم‌ترین همبستگی (۰/۸۰) با مقیاس شماره ۸ یعنی با مقیاس اندیشه‌ورزی پارانوئید است. همبستگی SCL-25 با مقیاس شماره ۶ یعنی خصومت ۰/۸۷ است، درحالی‌که هیچ‌کدام از ماده‌های این مقیاس در فرم SCL-25 نیست. همه ضرایب همبستگی SCL-25 با ابعاد نه‌گانه و ماده‌های اضافی SCL-90-R در سطح $P < 0/001$ است. در مطالعه (نجاریان و سودانی، ۱۳۷۹، به‌نقل از داودی و نجاریان، ۱۳۸۰)، پایایی SCL-25 از طریق محاسبه همسانی درونی و ضرایب آماری بازآزمایی روی ۳۱۲ دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز بررسی شد. ضریب اعتبار به شیوه بازآزمایی برابر ۰/۷۸ و از طریق محاسبه همسانی درونی ۰/۹۷ گزارش شده است. در پژوهش عسگری (۱۳۸۶) ضرایب پایایی این مقیاس به روش‌های آلفای کرونباخ، اسپیرمن - براون و گاتمن محاسبه شد. این ضرایب به‌ترتیب برابر ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۸۷ بودند که نمایانگر پایایی نسبتاً خوب آزمون است. جهت بررسی روایی این آزمون نیز مطالعاتی صورت گرفته است (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰). در این مطالعات، همبستگی SCL-25 با مقیاس اضطراب عمومی^{۱۳} ANQ برابر ۰/۶۹، با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۴۹، با مقیاس کمال‌گرایی اهواز برابر ۰/۶۶ و با مقیاس سرسختی برابر ۰/۵۶ - گزارش شده است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند. همچنین همبستگی بین این مقیاس با SCL-90 برابر ۰/۹۷ گزارش شده است.

پروتکل معنویت درمانی: این طرح درمانی مشتمل بر

جدول ۱ - پروتکل معنویت‌درمانی

جلسه	محتوی درمان
اول	اهداف: الف) آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه، ب) چالش یادآوری (آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هریک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا و فراخوانی ادراک و باور درمان‌جویان در مورد معنویت راهبردها: طرح سؤال معنویت چیست؟ آیا به وجودی لایزال معتقد هستید؟ در مقابل این نیرو چه کاری دوست دارید انجام دهید؟ اعمالی که انجام می‌دهید چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟ کدام رفتار در شما احساس خوب ایجاد می‌کند؟ این اقدامات در برابر مشکلات و کنار آمدن با آنها چگونه است؟ آیا تا به حال شده است که این کارها برای شما مشکل ایجاد کند؟
دوم	اهداف: درون‌نگری راهبردها: زمان‌هایی که یک احساس خاص مبنی بر معنویت به شما دست داده است، چه حالتی داشتید؟ این حالت‌ها از کجا می‌آیند؟ این حالت‌ها چه احساسی به ما می‌دهند؟
سوم	اهداف: یافتن منابع ترس و اضطراب و حل و فصل آنها راهبردها: منبع ترس و اضطراب چیست؟ چرا می‌ترسیم یا اضطراب داریم؟ از چه چیزی می‌ترسیم؟ چه چیزی در ما اضطراب ایجاد می‌کند؟ منبع آرامش چیست؟ چگونه می‌توان احساس آرامش کرد؟ چرا بشر با وجود همه تلاشی که برای به دست آوردن آرامش می‌کند، هنوز به آرامش واقعی نرسیده است؟ چه چیزهایی از رسیدن به آرامش جلوگیری می‌کند؟ انسان‌های آرام چگونه انسان‌هایی هستند؟
چهارم	اهداف: فهم پایان‌ناپذیری و ارث ما راهبردها: پایان‌ناپذیری چیست؟ آیا مطلقاً تمام می‌شویم؟ چگونه می‌توان احساس پایان‌ناپذیری کرد؟ از زندگی چه ارث برده‌ایم؟ چه ارثی در زندگی باقی خواهیم گذاشت؟ ارث‌های ما چه احساسی روی دیگران می‌گذارد؟ ارث مبتنی بر مهر و مبتنی بر کین چیست؟
پنجم	اهداف: فهم نتایج کینه‌توزی و مهرورزی راهبردها: مهر و کین چیست؟ مهر یا کین کدامیک موجب آرامش ما می‌شود؟ چگونه می‌توان مهرورزی کرد؟ مهرورزی چه نتایجی به بار می‌آورد؟ مهر یا کین چه احساسی روی دیگران می‌گذارد؟
ششم	اهداف: محاسبه و مراقبه راهبردها: پیامد رفتارهای مبتنی بر مهرورزی و یا کینه‌جویی چه تأثیری در خودمان می‌گذارد؟ پیامد رفتار مبتنی بر مهرورزی و یا کینه‌جویی ما چه تأثیری بر دیگران می‌گذارد؟ پیامد رفتارهای مبتنی بر مهرورزی و یا کینه‌جویی ما چه تأثیری بر دنیا می‌گذارد؟ چگونه می‌توانیم رفتارهایمان را بر مدار مهرورزی نگه داریم؟ چگونه می‌توانیم رفتارهایمان را از مدار کین، دور نگه داریم؟
هفتم	اهداف: یادآوری قدرت درونی انسان بر صبر بر سختی‌ها راهبردها: دنیا و سختی‌های آن اسباب رسیدن ما به مقصودی هستند که شاید هیچ‌گاه نتوانیم به آنها پی ببریم، وصال مجنون به لیلی به شرط آنکه ما واقعاً مجنون باشیم. انسان همواره در رنج است، پس صبر بر مشکلات لازمه حیات است. تعریف شما از صبر چیست؟ چرا باید صبر کنیم؟ تا به حال در چه مواردی صبر کرده‌اید؟ تجربیات شما از صبر کردن چه بوده است؟ این صبر چه تأثیراتی برای شما داشته است؟ نتایج حاصل از آنها برای شما چه بوده است؟ تجربه‌ای از عدم صبر کردن دارید؟ نتیجه آن برای شما چه بوده است؟
هشتم	اهداف: افزایش بخشش و حل‌وفصل خشم معظوف به خود، دیگران و دنیا، پذیرش، شکیبایی، پایداری، اقدام مسئولانه و سودمندی شخصی و اجتماعی راهبردها: چگونه خودمان و دیگران را ببخشیم و خشممان را حل‌وفصل کنیم؟ بخشودگی را چگونه در خودمان پایدار نگه داریم؟ چگونه رویدادها را بپذیریم؟ بخشودگی یعنی چه؟ چگونه می‌توانیم مسئولانه ببخشیم و خشممان را حل‌وفصل کنیم؟ چگونه می‌توان سودمندی شخصی و اجتماعی خود را افزایش دهیم؟ بخشش و حل‌وفصل کردن خشم چه احساسی در ما ایجاد می‌کند؟

ادامه جدول ۱ - پروتکل معنویت درمانی

جلسه	محتوی درمان
نهم	اهداف: اعتمادکردن به نیروی لایزال الهی و آرام‌گرفتن راهبردها: کسی که حاکمیت جهان به‌دست اوست بهتر از ما می‌داند و خودش به بهترین نحو ممکن اداره می‌کند. او نفع ما را می‌داند و عالم بر دایره حکمت او می‌گردد. نظرتان در مورد توکل چیست؟ آیا در زندگی فقط به تلاش خودتان تکیه می‌کنید؟ چه تجربیاتی از توکل کردن بر خدا داشته‌اید؟ چه اتفاقی افتاده است؟ آیا وقتی متوکل شده‌اید آرامش داشته‌اید؟
دهم	اهداف: افزایش خودکنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار، پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا، اقدام مسئولانه، سودمندی شخصی و اجتماعی
یازدهم	اهداف: جمع‌بندی جلسات پیش و بازخوردگرفتن راهبردها: به‌طورکلی نظرتان در مورد این دوره چه بود؟ چه تجربیاتی برایتان حاصل شد؟ رضایت شما چگونه بود؟ بهترین تجربه شما چه بود؟ آیا ناراضی‌ای داشته‌اید؟ چه چیز باعث آن شده بود؟

پروتکل معنادرمانی: این طرح درمانی مبتنی بر ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنادرمانی گروهی است. این جلسات درمانی براساس نظریه معنادرمانی (فرانکل، ۱۹۸۶؛ به‌نقل از حسینیان، سودانی، مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۸) طراحی و در پژوهش‌های متعددی به‌عنوان معنادرمانی گروهی استفاده شده است.

جدول ۲ - پروتکل معنادرمانی

جلسه	محتوای درمان
اول	اهداف: تعیین اهداف و قوانین گروه؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاوره؛ تعریف و بیان معنادرمانی و لزوم وجود معنا در زندگی راهبردها: تعریف و بیان معنی درمانی و لزوم وجود معنی در زندگی برای افراد با ذکر یک مثال؛ ارائه تکلیف به افراد گروه به‌منظور اندیشیدن در مورد مطالب جلسه.
دوم	اهداف: باور و پذیرش خویشتن و شناخت ویژگی‌های خویش؛ توجه به آزادی معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد هستی انسان راهبردها: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد؛ تعریف آزادی معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد هستی انسان و بیان این موضوع که انسان کاملاً تحت سلطه شرایط قرار ندارد و این خود اوست که حق انتخاب دارد که با شرایط مقابله کند یا در برابر آن سر تسلیم فرود آورد؛ ارائه تکلیف.
سوم	اهداف: آگاهی از مسئولیت‌پذیری و نقش آن در به‌دست‌آوردن موفقیت راهبردها: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد؛ مسئولیت شخصی نیز مانند آزادی یکی از ابعاد هستی انسان است و برعهده ماست که به زندگی معنی و منظور بخشیم، اگر آزادی با مسئولیت همراه نباشد به خودکامگی صرف تبدیل خواهد شد؛ ارائه تکلیف.
چهارم	اهداف: شناخت عوامل ایجادکننده اضطراب و راه‌های مقابله با آن؛ شناخت اضطراب وجودی راهبردها: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد؛ اضطراب از مبارزه و نبرد فرد برای زنده و باقی‌ماندن ناشی می‌شود که باید به‌عنوان یک بخش اجتناب‌ناپذیر وضعیت انسان تلقی شود، ما می‌توانیم از طریق ترمیم و بازسازی زندگی و کاهش انتخاب‌ها، اضطراب را کم‌تر کنیم؛ ارائه تکلیف.
پنجم	اهداف: لزوم حفظ هویت و ارتباط با دیگران؛ یافتن معنای عشق راهبردها: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد؛ صحبت درباره جنبه‌های متفاوت عشق و راهی برای رسیدن به معنی زندگی و همچنین بیان این مطلب که باید به‌خاطر داشت که عشق یک پدیده کاملاً انسانی است و باید مراقب بود که جنبه انسانی آن حفظ گردد؛ ارائه تکلیف.

ادامه جدول ۲ - پروتکل معنادرمانی

جلسه	محتوای درمان
ششم	<p>اهداف: بررسی معنای رنج راهبردها: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد؛ یکی از اصول اساسی معنادرمانی این است که توجه انسان‌ها را به این مسئله جلب می‌کند که انگیزه اصلی و هدف زندگی گریز از درد و لذت‌بردن نیست، بلکه معناجویی زندگی است که به زندگی مفهوم واقعی می‌بخشد. به همین دلیل، انسان‌ها درد و رنجی را که معنی و هدفی دارد با میل تحمل می‌کنند؛ ارائه تکلیف.</p>
هفتم	<p>اهداف: شناخت ارزش‌های خلاق راهبردها: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد؛ معنادرمانی برای معنابخشیدن به زندگی سه راه پیشنهاد می‌کند که متناظر با سه نظام بنیادی ارزش‌هاست: ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی؛ ارزش‌های خلاق که با فعالیت آفریننده ادراک می‌شوند، معمولاً ناظر به نوعی کار است. با عمل آفریدن اثری ملموس یا اندیشه‌ای ناملموس یا خدمت به دیگران که بیانی فردی است می‌توان به زندگی معنی بخشید؛ ارائه تکلیف.</p>
هشتم	<p>اهداف: شناخت ارزش‌های تجربی راهبردها: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد؛ بیان ارزش‌های تجربی، مجذوب‌شدن در زیبایی عوالم طبیعت یا هنر است. با تجربه شدت و عمق جنبه‌هایی از زندگی، مستقل از هر گونه عمل مثبت فرد، می‌توان به معنای زندگی دست یافت؛ ارائه تکلیف.</p>
نهم	<p>اهداف: شناخت ارزش‌های نگرشی راهبردها: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد؛ موقعیت‌هایی که ارزش‌های نگرشی را می‌طلبند، آنهایی هستند که دگرگون‌ساختن آنها یا دوری‌گزیدن از آنها در توان ما نیست، یعنی شرایط تغییرناپذیر سرنوشت. هنگام رویارویی با چنین وضعی، تنها راه معقول پاسخگویی، پذیرفتن است. شیوه‌ای که سرنوشت خویش را می‌پذیریم، شهادتی که در تحمل رنج خود و وقاری که در برابر مصیبت نشان می‌دهیم، آزمون و سنجش نهایی توفیق ما به‌عنوان یک انسان است؛ ارائه تکلیف.</p>
دهم	<p>اهداف: خلاصه و جمع‌بندی جلسات راهبردها: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد؛ مرور موضوعات جلسه دوم تا نهم به‌صورت نظری و اجمالی</p>

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۳ نمایش داده شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی به ویژگی‌های نمونه‌های تحقیق در قالب شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی مانند میانگین، واریانس و انحراف معیار پرداخته شد. سپس پیش‌فرض‌های آماری لازم به‌منظور استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس شامل آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی بهنجاری بودن توزیع نمرات گروه نمونه در جامعه و آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس‌ها تحلیل شدند. همچنین اثر پیش‌آزمون با استفاده از روش تحلیل کواریانس کنترل شده است. در نهایت فرضیه‌های پژوهش با این روش آماری تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۳ - میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	افسردگی	۲/۹۲	۰/۷۰۲	۲/۹۶
	اضطراب	۲/۸۶	۰/۶۵۸	۲/۸۳
معنویت درمانی	افسردگی	۳/۶۳	۰/۸۸۲	۱/۷۵
	اضطراب	۳/۸۶	۰/۷۵۸	۲/۵۰
معنادرمانی	افسردگی	۲/۵۸	۰/۷۹۳	۱/۴۲
	اضطراب	۳/۱۷	۰/۵۷۷	۲/۰۶

جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون افسردگی به ترتیب برابر با ۲,۹۲ و ۰,۷۰۲ و در پس‌آزمون ۲,۸۳ و ۰,۶۱۱ است. میانگین و انحراف نمرات گروه معنویت در پیش‌آزمون اضطراب، به ترتیب برابر با ۳,۸۶ و ۰,۷۵۸ و در پس‌آزمون ۲,۵۰ و ۰,۹۷۹ است. میانگین و انحراف نمرات گروه معنادرمانی در پیش‌آزمون اضطراب، به ترتیب برابر با ۳,۱۷ و ۰,۵۷۷ و در پس‌آزمون ۲,۰۶ و ۰,۴۶۸ است. آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی بهنجار (نرمال) بودن توزیع خرده‌مقیاس افسردگی و اضطراب در جدول ۴ نمایش داده شده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون افسردگی به ترتیب برابر با ۲,۹۲ و ۰,۷۰۲ و در پس‌آزمون ۲,۸۳ و ۰,۶۱۱ است. میانگین و انحراف نمرات گروه معنویت در پیش‌آزمون اضطراب، به ترتیب برابر با ۳,۸۶ و ۰,۷۵۸ و در پس‌آزمون ۲,۵۰ و ۰,۹۷۹ است. میانگین و انحراف نمرات گروه معنادرمانی در پیش‌آزمون افسردگی، به ترتیب برابر با ۲,۵۸ و ۰,۷۹۳ و در پس‌آزمون ۱,۴۲ و ۰,۵۱۵ است. همچنین میانگین و انحراف نمرات گروه کنترل در

جدول ۴ - آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی بهنجاربودن خرده‌مقیاس‌ها

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی‌داری
افسردگی ۲	کنترل	۰/۹۵۲	۱۲	۰/۶۶۳
	معنویت‌درمانی	۰/۸۴۰	۱۲	۰/۰۲۸
	معنادرمانی	۰/۸۰۲	۱۲	۰/۰۱۰
اضطراب ۲	کنترل	۰/۹۵۵	۱۲	۰/۷۰۷
	معنویت‌درمانی	۰/۹۴۶	۱۲	۰/۵۸۶
	معنادرمانی	۰/۸۷۱	۱۲	۰/۰۶۷

جدول ۴ نشان می‌دهد که نمرات گروه معنادرمانی و معنویت در باقیمانده‌های افسردگی بهنجار نیست، اما در اضطراب بهنجار است. لذا چند نمره انتهایی و پرت در میان داده‌ها در گروه‌ها کنار گذاشته شد. پیشفرض یکسانی واریانس‌های خطا در خرده‌مقیاس‌ها در جدول ۵ نمایش داده شده است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که نمرات گروه معنادرمانی و معنویت در باقیمانده‌های افسردگی بهنجار نیست، اما در اضطراب بهنجار است. لذا چند نمره انتهایی و پرت در میان داده‌ها در گروه‌ها کنار گذاشته شد. پیشفرض یکسانی واریانس‌های خطا در خرده‌مقیاس‌ها در جدول ۵ نمایش داده شده است.

جدول ۵ - نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های خطا در خرده‌مقیاس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی‌داری
افسردگی ۲	۲/۷۲۱	۲	۳۳	۰/۰۸۱
اضطراب ۲	۲/۸۲۵	۲	۳۳	۰/۰۷۴

جدول ۵ نشان می‌دهد که نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های خطا در متغیرهای افسردگی و اضطراب رعایت شده است. نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای پژوهش در جدول ۶ نمایش داده شده است.

جدول ۶ - آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	مجزورات
گروه	افسردگی	۲	۲/۹۶۶	۱۴/۷۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
اضطراب	۴/۳۱۸	۲	۲/۱۵۹	۱۵/۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰
خطا	افسردگی	۲۱	۰/۲۰۱			
اضطراب	۲/۹۹۹	۲۱	۰/۱۴۳			

نشانه‌های اضطراب و افسردگی مؤثر است. یافته‌های به‌دست‌آمده با پژوهش‌های لطفی کاشانی، مفید و سرافراز مهر (۱۳۹۲)، امیرارجمندی، هاشمیان و نیکنام (۱۳۹۴)، موریتز و همکاران (۲۰۱۱)، هریس و همکاران (۲۰۱۱)، پیتیت و همکاران (۲۰۱۲)، همسو است. در تبیین اینکه معنویت چگونه بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی اثربخش است، باید گفت که معنویت موجب دادن هادی در تصمیم‌گیری‌ها و فشارها می‌شود، برای معتقدین خود، حمایت اجتماعی در جنبه‌های انسانی و الهی تأمین می‌کند، مثبت‌نگری و خوش‌بینی ایجاد کرده، معنا و هدف‌داری در زندگی ایجاد می‌کند، امیدواری و انگیزش در افراد و پیروان خود ایجاد می‌کند، توانمندی فردی را افزایش داده، احساس تسلط‌داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید (بوآله‌ری، ۱۳۸۹).

ازطرفی، اعتقاد به خدا نیز به انسان قدرت می‌دهد و افراد معتقد، باور می‌کنند که در مقابل مشکلات، تنها نیستند و خدا یار و یاور آنهاست. به‌عبارت‌دیگر، افراد

جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از نظر افسردگی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۵۸۴ و زیاد است. همچنین بین گروه‌ها از نظر اضطراب، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۵۹۰ و زیاد است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که معنویت‌درمانی و معنادرمانی گروهی، موجب کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب در گروه‌های آزمایشی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی معنویت‌درمانی و معنادرمانی بر نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD و مقایسه اثربخشی این دو درمان در گروه مورد مطالعه انجام شد. در ذیل نتایج به‌دست‌آمده مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

نتایج به‌دست‌آمده درمورد اثربخشی معنویت‌درمانی بر نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD نشان داد که معنویت‌درمانی در کاهش

معتقد، مشکلات خود را به کمک کنترل با وساطت خدا حل می‌کنند. شاید ظاهر امر این طور باشد که این گروه از انسان‌ها گرایش بیرونی دارند ولی این طور نیست. آنها معتقد نیستند خدا مشکلاتشان را حل می‌کند، بلکه معتقدند حمایت و پشتیبانی خدا به آنان نیرو و امید می‌دهد تا به اهدافشان برسند. این نوع باورها به انسان کنترل درونی می‌دهد (شیمان، پدرو واکا و میلیکی^{۱۴}، ۲۰۰۵). یک توجیه احتمالی در تبیین اثربخشی معنویت درمانی این است که وقتی افراد معتقدند که منبعی از قدرت و انرژی وجود دارد که آنها را دوست دارد و می‌توانند به آن تکیه کنند و هر زمان که بخواهند قادر هستند با او سخن بگویند، احساس خودمهارگری برای وقایع پیدا می‌کنند و کم‌تر دچار ترس و نگرانی از مشکلات می‌شوند و راحت‌تر با آن کنار آمده و کم‌تر دستخوش افکار و هیجان‌های منفی می‌شوند. انسان هنگام مناجات به خداوند پناه می‌برد و بازگردد مشکلات اضطراب‌زا، سبب تخلیه هیجانی، اطمینان به خویشتن، حس امیدواری، احساس امنیت و ایجاد آرامش در فرد می‌شود (لطفی کاشانی، وزیر، اکبری و شامکوتیان، ۱۳۹۳). همچنین به اعتقاد فونتولاکیس، سیامولی، مگیریا و کاپرینیس^{۱۵} (۲۰۰۸)، باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت‌ها مسلط و ناظر بر بندگان است، تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد؛ به عبارت دیگر، این افراد معتقدند که از طریق اتکای به خداوند می‌توانند موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورند. تجربیات روزانه معنوی و کمک‌گرفتن از یک نیروی مطلق الهی در حل مشکلات، می‌تواند باعث کاهش افسردگی شود (بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۱).

از سوی دیگر، نتایج به‌دست‌آمده در مورد اثربخشی معنادرمانی بر نشانگان اضطراب و افسردگی همسران

جانبازان مبتلا به PTSD نشان داد که معنادرمانی هم در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مؤثر است. یافته‌های به‌دست‌آمده با پژوهش‌های دلوری و همکاران (۲۰۱۴)، رباطمیلی و همکاران (۲۰۱۵) و سرکامپ (۲۰۱۵)، همسوست. در تبیین اثربخشی معنادرمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب می‌توان گفت که افسردگی و ناامیدی از مظاهر بی‌معنایی زندگی هستند. فرانکل برخی روان‌نژندی‌ها را نتیجه ناتوانی بیمار در پیدا کردن معنا و مسئولیت در زندگی خویش می‌داند. نیافتن معنایی در زندگی که زیستن را توجیه کند، موجب این بی‌قراری‌ها و پریشان‌حالی‌هاست (رباطمیلی و همکاران، ۲۰۱۵). معنادرمانی، احیای معنا برای زندگی افرادی است که از افسردگی و ناامیدی رنج می‌برند، زیرا آسیب روانی به‌ویژه افسردگی، هنگامی به‌وجود می‌آید که معنایی با شکست روبه‌رو شود. در معنادرمانی به فرد کمک می‌شود تا با قراردادن خود در بافتی بزرگتر، فلسفه‌ای از زندگی را مبنی بر اینکه فرد برای وجود و حیاتش "مسئول" است، به‌دست 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 به‌دست آورد، در نوع خود بی‌نظیر است (دیوینسن، نیل و کینگ^{۱۶}، ۲۰۰۴). بدین ترتیب "احساس مسئولیت" و "کنترل‌پذیری" در فرد ایجاد می‌شود که از نشانه‌های افراد امیدوار است. از طرفی در آموزش گروهی معنادرمانی بر ماندن فرد در "زمان حال" و تجربه حال و اکنون تأکید می‌کند که خود تجربه ارزشمندی برای فرد است (سوری، ۱۳۹۴). در شیوه معنادرمانی، فرض بر این است که چنانچه فرد در زندگی هدف و معنایی داشته باشد، توانا خواهد بود بر

افسردگی و اضطراب همسران جانبازان مبتلا به PTSD مؤثر است.

همچنین اجرای این تحقیق از محدودیت‌هایی برخوردار بود که عبارتند از: عدم کنترل برخی از متغیرهای مزاحم از قبیل: موقعیت اقتصادی، خانوادگی، اجتماعی و سن و تحصیلات نمونه‌های تحقیق و عدم وجود دوره‌های پیگیری. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور اطمینان از صحت نتایج حاصل از درمان، مرحله پیگیری نیز اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود متغیرهایی نظیر: طبقه اجتماعی، سن، تحصیلات، عوامل اقتصادی و خانوادگی مورد بررسی قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

با سپاس از آزمودنی‌های پژوهش که علی‌رغم برخورداری از مشکلات عدیده در خانواده، با بردباری در زمینه اجرای پژوهش ما را یاری نمودند.

پی‌نوشت

- 1- Post Traumatic Stress Disorder
- 2- Nutt & Davidson & Zohar
- 3- Taft & Niles
- 4- Argyle
- 5- Seligman
- 6- Richards & Bergin
- 7- Lambert & Dollahite
- 8- Harris
- 9- Peteet
- 10- Moritz
- 11- Lent
- 12- Surcamp
- 13- Anxiety Questionnaire
- 14- Schieman, Pudrovska & Milkie
- 15- Fountoulakis, K, N., Siamouli, M., Magiria & Kaprinis
- 16- Davinson, Neal & King

منابع

- ۱- اصغری، ندا؛ علی‌اکبری، مهناز و دادخواه، اصغر (۱۳۹۱)، معنادرمانی گروهی به‌عنوان روش توان‌بخشی کاهش افسردگی زنان سالمند، مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۲، شماره ۱: ۳۱-۳۸.

"اضطراب"، "افسردگی"، ناامیدی و به‌عبارتی بر "اختلال‌های روانی" چیره گردد و باتکیه بر "آزادی" در گزینش زندگی، مسئول زندگی خودش باشد (خدایاری، عسکری و صادقی، ۱۳۹۴). علاوه بر این در زمینه اثربخشی معنادرمانی، می‌توان گفت افراد آموزش‌دیده از طریق شرکت در جلسات آموزشی و تعامل با هم‌تایان خود، به تدریج سکوت، گوشه‌گیری و "اجتناب از برقراری روابط صمیمی‌تر با دیگران" و "عقاید و باورهای ناکارآمد" کاهش یافته و می‌توانند در موقعیت‌های اجتماعی، احساس راحتی و اطمینان بیشتری داشته باشند. همچنین افراد در گروه، روابط نزدیک و شیوه ارتباطی جدید را یاد می‌گیرند و آنها را در بیرون از گروه به کار می‌برند. در گروه یاد می‌گیرند که ارزش‌هایشان را دوباره بررسی کنند. با تشویق به "بیان احساسات" در گروه و بازخورد اعضا، افراد به رابطه بین بی‌معنایی و مشکلات افسردگی و ناامیدی خود پی می‌برند و در رویارویی با مشکلات، خود را محکوم پدیده‌هایی که از آن رنج می‌برند، نمی‌دانند (سوری، ۱۳۹۴). همچنین معنادرمانی "اضطراب" را ناشی از قصد قوی یا قصد وافر یا مفرط می‌داند. قصد مفرط سبب می‌شود آنچه که می‌خواهیم رخ ندهد. فردی که سعی می‌کند از اضطراب رهایی یابد، خود باعث اضطراب است. بنابراین، در خلال درمان‌گری مراجعان در می‌یابند که بر رهایی از مشکل تأکید نکنند، بلکه با پذیرش آن، با مشکل خود زندگی کنند (یوسفی، ۱۳۹۱). در این پژوهش نیز همسران جانبازان PTSD به دلیل نارضایتی از وضع موجود به شدت مایل بودند تا هرچه زودتر این شرایط تغییر کند. به همین دلیل، معنادرمانی با ارائه قصد متضاد، اضطراب همسران را کاهش داد.

به‌طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که دو رویکرد معنویت‌درمانی و معنادرمانی در کاهش نشانگان

- دبیرستان، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال شانزدهم، ۱ (۵۹): ۱۱۸ - ۱۲۵.
- ۱۲- سهرابی، فرامرز (۱۳۸۷)، مبانی هوش معنوی، فصلنامه سلامت روان، سال اول. شماره ۱: ۱۴ - ۱۸.
- ۱۳- فرانکل، ویکتور (۱۳۹۴)، انسان در جستجوی معنا، ترجمه اکبر معارفی، چاپ ۱۲، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ۱۴- کاظمی، آمنه‌سادات؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات؛ احدی، حسن و فرخی، نورعلی (۱۳۹۱)، بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی - رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه و مشکلات روان‌شناختی همسران (STSD) ثانویه مزمن ناشی از جنگ تحمیلی جانبازان مبتلا به PTSD، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۲، شماره ۲: ۱۲۲ تا ۱۲۹.
- ۱۵- کرمانی مامازندی، زهرا و دانش، عصمت (۱۳۹۰)، تأثیر نگرش مذهبی و هیجان‌خواهی بر سازگاری زناشویی دبیران متأهل شهرستان پاکدشت، مطالعات روان‌شناختی، دوره ۷، شماره ۲: ۱۲۹ - ۱۵۴.
- ۱۶- لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ اکبری، محمداسماعیل و شامکوتیان، لیلیا (۱۳۹۳)، ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان، روان‌شناسی تحول: روان‌شناسان ایرانی، سال دهم، شماره ۳۹: ۲۸۵ - ۲۹۵.
- ۱۷- لطفی کاشانی، فرح؛ مفید، بهرام و سرافرازمهر، سعیده (۱۳۹۲)، اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان، مجله اندیشه رفتار، دوره هفتم، شماره ۲۷.
- ۱۸- نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰)، ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه‌شده SCL-90-R)، مجله روان‌شناسی، سال پنجم، شماره ۲.
- ۱۹- نصیری، حبیب‌اله و جوکار، بهرام (۱۳۸۷)، معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان شاغل فرهنگی، مجله پژوهش زنان، دوره ۶، شماره ۲: ۱۷۶ - ۱۵۷.
- ۲۰- وزیری، شهرام؛ لطفی کاشانی، فرح و اکبری، محمداسماعیل (۱۳۹۶)، راهنمای معنویت‌درمانی، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
- ۲- اعتمادی، عذرا (۱۳۸۴)، ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۱۰ (۳۵) و (۳۶): ۱۴۶ - ۱۳۱.
- ۳- امیرارجمندی، زهره‌سادات؛ هاشمیان، کیانوش و نیکنام، مژگان (۱۳۹۴)، اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل منطقه ۵ تهران، فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، سال یازدهم، شماره ۳۵: ۱۳۷ - ۱۵۸.
- ۴- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۳)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5، ترجمه آوادیس یانس، هامایاک و داوود عرب‌قهستانی؛ ظ، تهران: رشد.
- ۵- بوالهروی، جعفر (۱۳۸۹)، نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال چهارم، شماره ۱۴: ۱۰۵ - ۱۱۲.
- ۶- بوالهروی، جعفر؛ نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه (۱۳۹۱)، اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه، فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، سال سوم، شماره ۱: ۸۵ - ۱۱۶.
- ۷- بهرامی دشتکی، هاجر (۱۳۸۹)، معنا و معنویت از دیدگاه روان‌شناسان، فصلنامه راه تربیت، بهار ۱۳۸۹، شماره ۱۰: ۱۴۳ تا ۱۶۰.
- ۸- حسینیان، الهه؛ سودانی، منصور و مهربانی‌زاده، مهناز (۱۳۸۸)، اثربخشی معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی بیماران سرطانی، مجله علوم رفتاری. ۳ (۴): ۲۸۷ - ۲۹۲.
- ۹- خدایاری، بیژن؛ عسکری، سعید و صادقی، سعید (۱۳۹۴)، اثربخشی معنادرمانی گروهی کوتاه‌مدت بر اختلال استرس پس از ضربه در ایثارگران، فصلنامه روان‌شناسی نظامی. دوره ۶، شماره ۲۱: ۱۵ - ۲۸.
- ۱۰- سودانی، منصور؛ شجاعیان، منصور و نیسی، عبدالکاسم (۱۳۹۱)، اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته، مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال دوم، شماره اول، (۲): ۴۳ - ۵۴.
- ۱۱- سوری، حسین (۱۳۹۴)، تأثیر آموزش معنادرمانی گروهی بر ناامیدی و پرخاشگری دانش‌آموزان پسر

12-Schieman, S., Pudrovska, T., & Milkie, M. A. (2005). The sense of divine control and the self- concept. *Research on Aging*, 27, 165- 196.

13-Surcamp, J. R. (2015). Applied Logotherapy for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in United States Men and Women Army Veterans. submitted to Oregon State University University Honors College. ir.library.oregonstate.edu.

14-Taft CT, Niles BL. (2004). Assessment and treatment of anger in combat related PTSD. In: Taft, CT, Niles BL, Eds. *Iraq war clinician's guide*. Boston: Department of Veterans Affairs, National center for PTSD.

15-Nutt, D., Davidson, J.R.T., and Zoher, J. (2000). *Post traumatic stress Disorder*. London: Duntiz press.

۲۱- یوسفی، ناصر (۱۳۹۱). تأثیر شناخت‌درمانی مذهب‌محور و معنادرمانگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال ۳، شماره ۱۰: ۱۳۷ - ۱۵۸.

1- Argyle, M. (2002). *June and religious metabolism in psychology and religion*. London: Routledge.

2- Davidson, J.R.T., and et al. (2004). *The epidemiology of post traumatic stress disorder*. Washington. DC: American psychiatric press.

3- Delavari, H., Nasirian, M & Baezegar bafrooei, K. (2014). Logo therapy effect on anxiety and depression in mothers of children with cancer. *Iranian Journal Of Pediatric Hematology Oncology*. 4 (2). 42 – 48.

4- Fountoulakis, K.N., Siamouli, M., Magiria & S. Kaprinis,G. (2008). Late-Life depression, religiosity cerebralvascular disease. Cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical hypotheses*, 70, 493-496.

5- Harris, J. I., & et al. (2011). The effectiveness of a trauma focused spiritually integrated intervention for veterans exposed to trauma. *Journal of Clinical Psychology*. 67 (4). 425 – 438.

6- Lambert, N. M. & Dollahite, D.C. (2008). The Threefold Cord: Marital commitment in Religious Couples. *Journal of Family Issues*. 29, 592-614.

7- Moritz, S. & et al. (2011). A Spirituality Teaching Program for Depression: A Randomized Controlled Trial. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 42 (3). 317 – 331.

8- Peteet, J.R., et al. (2012). Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training. *Journal Of Clinical Psychology*. 31 (4), 461 – 467.

9- Richards PS., & Bergin AE.(2007). *Case book for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*. Washington DC: American psychological Association.

10-Robatmili, S & et al. (2015). The Effect of Group Logotherapy on Meaning in Life and Depression Levels of Iranian Students. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 37 (1). 54 – 32.

11-Seligman,M.(2002).*Authentic happiness*. New York: free press thorne,B.(1998). *Person-centered counseling and christian spirituality: the secular and the holy* london.