

## اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان دارای همسر وابسته به مواد

کبری کاظمیان مقدم<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۷

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان دارای همسر وابسته به مواد انجام شد. **روش:** روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری این پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر وابسته به مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهر بهبهان در سال ۱۳۹۸ بود. از میان آن‌ها، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش آموزش معنادرمانی را به مدت ۱۰ جلسه دریافت کرد. در حالی که، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و معنادرمانی گروهی توانست باعث افزایش بهزیستی و سرسختی روان‌شناختی در زنان دارای همسر وابسته به مواد در گروه آزمایش گردد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، متخصصین حوزه‌ی اعتیاد می‌توانند سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی را با استفاده از روش معنادرمانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد افزایش دهند.

**کلیدواژه‌ها:** اعتیاد، بهزیستی روان‌شناختی، سرسختی روان‌شناختی، معنادرمانی، زنان دارای همسر وابسته به مواد

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. پست الکترونیک:

## مقدمه

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، وابستگی به مواد به عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) که یکی از مهم ترین مشکلات بشر به حساب می آید (لاندلهم<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳) و به عنوان دومین اختلال شایع روانی از آن یاد می شود (سادوک و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). وابستگی به مواد و اختلالات اعتیادی منجر به مشکلات جسمانی و روانی قابل توجهی شده و مسائل زیادی را برای فرد و جامعه ایجاد می نماید (کلاین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان پزشکی با ابعاد زیست شناختی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی مرتبط با آن یکی از مشکلات عصر حاضر است. گسترش مواد مخدر در جامعه امروزی به حدی است که حتی قشر جوان و متفکر و با تحصیلات بالا را نیز به سمت خود کشانده است (دیکلمته<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). مصرف مواد تاریخچه ای طولانی دارد و در تمام دنیا یک مسئله عمده و مهم محسوب می شود (پوسی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). اعتیاد یک بیماری اجتماعی است که زمینه های روان شناختی و فیزیکی دارد و حتی می تواند به عنوان یک راهبرد مقابله ای برای فرار از مشکلات معرفی شود (پورالله وردی، رحمانی، رنجبر، بخت آور و اتحادی، ۲۰۱۶). تنوع و شیوع سوء مصرف مواد رو به افزایش است و عواقب آن بر سلامت جسمی و روانی و همچنین در نگرانی های اجتماعی و اقتصادی جهانی سنگین است (صبور، رحیمی پوردنجانی و محمدزاده ابراهیمی، ۲۰۱۹). مصرف مواد باعث اختلال در عملکرد عصبی-روانی می شود (پولز، ویلیامز، فالین، تیتلباوم و مرلو<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰) و منجر به بروز مشکلاتی در زمینه صلاحیت اجتماعی و ارتباط با دوستان و خانواده و همچنین اختلالات روان پزشکی خواهد شد و تاثیر بسزایی در فرایندهای شناختی و رفتار مصرف کننده دارد (افشاری، ۲۰۱۹).

1. American Psychiatric Association (APA)  
2. Lundholm  
3. Sadock & Sadock  
4. Klein

5. Diclemente  
6. Possi  
7. Polles, Williams, Phalin, Teitelbaum & Merlo

افراد وابسته به مواد با نوعی اختلال دست به گریبان هستند که تا پایان عمر آن‌ها را به حال خود رها نکرده و زندگی آن‌ها را به خطر خواهد انداخت. این اختلال بدون چون و چرا، آبرو و حیثیت، اموال و دارایی و روابط شخصی فرد وابسته به مواد را به باد خواهد داد و سرنوشتی جز جنون، زندانی شدن یا مرگ برای وی رقم نخواهد زد (احمدوند ۱۳۸۷). خانواده فرد وابسته به مواد نیز از کودک تا همسر، خواهر و برادر، پدر و مادر یا بستگان و دوستان نیز به شدت از اعتیاد این فرد رنج خواهند برد و بیماری اعتیاد هم زندگی فرد وابسته به مواد و هم اعضای خانواده وی را تهدید کرده و به ویرانی می‌کشاند (گلدشتاین، فالکنر و وکرلی، ۲۰۱۳). اکثر مشکلات زنان دارای همسر وابسته به مواد مربوط به مسائل مالی، جرم و خشونت‌های ناشی از اعتیاد همسر و آزارهای همسر و فرزندان است. مشکلات روانی، شخصیتی و ارتباطی با دیگران، عدم مدیریت خشم، آشفتگی ارتباطی، آشکارسازی خشم و خشونت از مهم‌ترین مسائل اجتماعی چنین زنانی است. مهم‌ترین مشکلات اجتماعی که این زنان با آن مواجه هستند شامل به خطر افتادن امنیت خانه و رفت و آمد با افراد وابسته به مواد یا دلالتان مواد مخدر و برخورد سرزنش‌آمیز و تحقیرکننده اجتماع، خانواده و عدم حمایت اجتماعی و عدم اطمینان از حمایت قانونی از آنان است (مهدی‌زاده، قدوسی و ناجی، ۱۳۹۲). در چنین شرایطی، زن در نقش همسر در امن‌ترین نهاد اجتماعی یعنی خانواده با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود و در هراس به سر می‌برد (تقی‌پور، باغستانی و سعادت، ۱۳۹۸). آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد وابسته به مواد گاه چنان عمیق می‌شود که علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر فرد وابسته به مواد نیز در معرض استرس و مشکلات روان‌شناختی قرار می‌گیرد. خانواده افراد وابسته به مواد به لحاظ بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان در وضعیت مطلوبی قرار ندارند. این افراد اضطراب، افسردگی و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. پایین بودن سطح بهزیستی در این افراد موجب می‌شود که آن‌ها به دنبال راه‌هایی برای تجربه شرایط بهتر به لحاظ روان‌شناختی و ذهنی باشند (لورکویز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

روانشناسی مثبت‌نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی<sup>۱</sup> مفهوم‌سازی کرده است. از این منظر، بهزیستی روان‌شناختی به معنی کارکرد روان‌شناختی بهینه است (میکائیلی‌منیع، ۱۳۸۹). بهزیستی روان‌شناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روان‌شناختی، رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی را بررسی می‌کند و به شدت بر توسعه انسانی تاکید دارد. به عنوان مثال، دنبال نمودن اهداف معنادار، تحول و پیشرفت به عنوان یک فرد و برقراری روابط کیفی با دیگران اهمیت بسیاری دارد (بخشی‌ارجنکی، شریفی و قاسمی و پریلوطنی، ۱۳۹۴). بهزیستی روان‌شناختی تحت تاثیر متغیرهای زیادی قرار می‌گیرد که این متغیرها با توجه به محیطی که فرد در آن قرار دارد، متنوع می‌باشند. یکی از عوامل تاثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی، سرسختی روان‌شناختی<sup>۲</sup> است. سرسختی روان‌شناختی، یک ویژگی شخصیتی است که در رویارویی با حوادث استرس‌زای زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند. سرسختی ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان است که از سه جزء تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است و در عین حال مجموعه ای واحد است که از عمل هماهنگ این سه جزء تشکیل شده است. افراد سرسخت به دلیل برخورداری از سبک تبیینی خوشبینانه، احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مساله مدارانه با مشکلات، انتظارات مثبت در مورد پیامدها و باور به وابستگی پیامد به عمل، می‌توانند سلامت روان خود را در رویدادهای پیش‌بینی نشده و ناگوار حفظ کنند. افراد سرسخت برای برخورد با مشکلات از شیوه فعال حل مساله - یعنی شیوه‌ای که فشار روانی را به تجربه‌ای بی‌خطر تبدیل می‌کند - بهره می‌گیرند و بنابراین سطح نگرانی و احساس خطر در افراد سرسخت در پیامدهای ناگوار بسیار پایین است (رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید، ۱۳۸۷). پژوهش‌ها گویای آن هستند که سرسختی روان‌شناختی با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تاثیرات منفی استرس را

کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیشگیری می‌کند (شیریم، سودانی و شفیع آبادی، ۱۳۸۷).

یکی از راهبردهای درمانی رایج برای افزایش سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی در زندگی افراد رویکرد معنادرمانی<sup>۱</sup> است. معنادرمانی روشی است که در آن فرد در جهت‌ی راهنمایی می‌شود که معنی زندگی خود را بیابد. بنابراین، اصول معنادرمانی تلاش برای یافتن معنی در زندگی است، که اساسی‌ترین نیروی محرک هر فرد در دوران زندگی می‌باشد. معنادرمانگران با صراحت و به طور صمیمانه و قابل قبولی درباره موضوعات فلسفی بحث می‌کنند و برای این که درمانجو را متقاعد سازند تا نگرشی آگاهانه‌تر و مسئولانه‌تر داشته باشد، به شیوه‌های مختلف از فن مواجهه استفاده می‌کنند، دلیل و برهان می‌آورند و از قانع‌سازی و استدلال استفاده می‌کنند (اسدی، شفیع آبادی، پناه‌علی و حبیب‌الله‌زاده، ۱۳۹۰). در راستای مداخله‌های روان‌شناختی، معنادرمانی نوعی از روان‌درمانی است که اساس روان‌آزردگی را تقلائی معنوی می‌بیند. این شیوه در عمل دنیای کوچکی از دنیای واقعی است که در آن اعضا با هدف کشف خودشان به عنوان کسانی که علایق وجودی مشترک دارند، شرکت می‌کنند. هدف معنادرمانی توانا ساختن بیماران برای کشف معنای منحصر به فرد خودشان است. معنادرمانی می‌کوشد تا حدود اختیارها و آزادی‌های بیمار را ترسیم کند و در شکستن چرخه‌های معیوب روان‌آزردگی موثر است. مشاور و درمانگر معتقد به معنادرمانی می‌کوشند که به مراجع کمک شود تا در زندگی خود هدف و منظور را جستجو کند. هدف و منظوری که متناسب وجود و هستی وی بوده و برای او معنا داشته باشد. معنادرمانی روشی از رویکرد وجودی است که زمینه فلسفی و نظری عالی برای کار گروهی فراهم می‌آورد (رضایی، رفاهی و احمدی‌خواه، ۱۳۹۱). این رویکرد انسان‌ها را و می‌دارد تا آن سوی مشکلات وقایع روزمره را ببینند. از نظر فرانکل<sup>۲</sup> (۱۹۶۳)، یکی از ریشه‌های آسیب‌پذیر بودن افراد، بی‌معنایی و بی‌هدفی آنها است. معنادرمانی قدرت مبارزه‌جویی روح انسان را فعال نموده و موجب می‌شود وی بر موقعیت‌های جاری زندگی غلبه کند تا تغییر مطلوبی که

شفابخش و زندگی بخش است را ایجاد نماید. پیام معنادرمانی این است که ما معنوی هستیم، منحصر به فردیم و می توانیم نگرش خود را تغییر دهیم و فراتر از مشکلات، وقایع روزانه را ببینیم. جستجوی معنا و هدف چیزی است که رسیدن به آن سبب کمال و شکوفایی شخصیت آدمی می شود و اختلال روانی را از بین می برد (خالدیان، سهرابی اسمرود، اصغری گنجی و کرمی باغظیفونی، ۱۳۹۶). وظیفه درمانگر این است که به توانایی درمانجویان در کشف کردن نظام ارزشی که به زندگی آنها معنی می دهد و آن را از درون خویش به دست آورده باشند، اعتماد کنند. آنها بدون تردید برای مدتی دچار مشکل شده و در نتیجه فقدان ارزش های دقیق و مشخص، دستخوش اضطراب می شوند. اعتماد درمانگر برای این که به درمانجویان پیاموزد به توانایی خود در کشف کردن منبع تازه ارزش اعتماد کنند، اهمیت زیادی دارد. وقتی دنیایی که درمانجویان در آن زندگی می کنند بی معنی به نظر برسد، شاید از خود پرسند آیا ادامه دادن تلاش یا حتی زیستن ارزش دارد (کوری، ۱۳۸۷).

در سال های اخیر، با ظهور دیدگاه های جدیدی که به جای درمان مشکلات روانی بر پیشگیری از آنها تاکید دارند، الگوهای سلامت روانی بیشتر بر ابعاد روانی مثبت مانند توانایی های انسان، رشد شخصی، بهزیستی روان شناختی و ارتقای خوب بودن متمرکز شده اند (رایان و دسی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از تقوایی نیا و دلاوری زاده، ۱۳۹۵). کنگک<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) طی مطالعه ای به این نتیجه دست یافت که احساس معنی در زندگی، احساس احترام به خود را به طور چشمگیری افزایش داده و افسردگی را کاهش می دهد. اشنایدر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰) نیز طی مطالعه ای با هدف اثربخشی مداخله امیدرمانی گروهی بر استرس، افسردگی، عزت نفس و معنای زندگی به این نتیجه دست یافتند که مداخله درمانی باعث کاهش استرس و افسردگی می شود و در افزایش عزت نفس و احساس معنی به زندگی نیز موثر است. بهزیستی و سرسختی روان شناختی یکی از متغیرهایی است که در پژوهش های متعدد به تاثیرپذیری آن از معنای زندگی اشاره شده است (راتی و

1. Ryn & Deci  
2. Kng

3. Snyder

راجستوجی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ گارسیا-الندت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵؛ محمدی و رخیمزاده، ۱۳۹۷؛ آفاجانی، کبری، خلعتبری و صادقی، ۱۳۹۷).

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که گرچه شواهد تحقیقاتی مختلف اثربخشی آموزش معنادرمانی بر سلامت عمومی در نمونه‌های مختلف را تایید کرده‌اند، اما این گونه پژوهش‌ها کمتر در نمونه‌های زنان همسران وابسته به مواد انجام شده است. زنان دارای همسر وابسته به مواد علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان، ناگزیر هستند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. همچنین، آنان در معرض انواع آسیب‌های سوءمصرف مواد نیز می‌باشند و شواهد تلخ از گسستگی‌های عاطفی، طلاق و گسیختگی کانون خانواده از عوارض سوء این مقوله به شمار می‌آید. از سویی، جایگاه زنان دارای همسر وابسته به مواد با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه به این گروه ضروری می‌باشد. بنابراین، با توجه به شیوع بالای اعتیاد، ضرورت تحقیق پیرامون عواملی که می‌توانند نقش پیشگیری یا محافظت‌کننده داشته باشند، ضروری است و به همین دلیل تدوین راهبردهای اثربخش برای پیشگیری از اثرات مخرب سوءمصرف مواد باید در دستور کار قرار بگیرد (گرن، بوبروسکی، اوستاوسکی و پیسارسکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). همچنین، با توجه به مشکلات روان‌شناختی در همسران افراد وابسته به مواد و کمبود پژوهش در این زمینه، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد شهر بهبهان انجام شد. بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد و با توجه به اهمیت موضوع اعتیاد، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش بود که آیا معنادرمانی گروهی بر سرسختی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد اثربخش است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر وابسته به مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهر بهبهان در سال ۱۳۹۸ بود. جهت تعیین حجم نمونه، گال، بورگ و گال<sup>۱</sup> (۱۳۹۱) قانده‌ای را پیشنهاد کرده‌اند که بر اساس آن در تحقیقات آزمایشی و شبه‌آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است. بنابراین، از بین این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. معیار ورود به پژوهش شامل گذشتن حداقل دو سال از زندگی مشترک، رضایتمندی برای شرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش. شرایط خروج از مطالعه شامل عدم مشارکت منظم در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف منزل و عدم تکمیل صحیح پرسش‌نامه‌ها بود. علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش برای افراد جامعه پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند و به همه شرکت‌کنندگان تضمین داده شد که کلیه اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. پس از انتخاب گروه‌ها، از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو بار) مداخله معنادرمانی را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. همچنین، پس از پایان پژوهش، پژوهشگر به منظور رعایت موارد اخلاقی و حرفه‌ای و قدردانی از همکاری گروه کنترل، درمان را برای گروه کنترل نیز اجرا کرد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) و چندمتغیره (مانکوا) با استفاده از نرم‌افزار آماری اسپ‌اس‌اس-۲۴ استفاده شد. پروتکل معنادرمانی گروهی در پژوهش حاضر شامل طی ۱۰ جلسه ۹۰



دقیقه‌ای مبتنی بر نظریه‌ی معنادرمانی فرانکل (۱۳۹۲) بود که برای گروه آزمایش ارائه شد. لازم به ذکر است که این پروتکل درمانی در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته و با جامعه و نمونه ایرانی سنخیت کامل دارد. خلاصه جلسات معنادرمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات معنادرمانی

جلسات	محتوا
اول	تعیین اهداف و قوانین گروه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعریف معنادرمانی و لزوم وجود معنا در زندگی و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	آگاهی در خصوص باورها در پذیرش خویشتن و شناخت ویژگی‌های خویش و همچنین توجه به آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان.
سوم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، آگاهی از مسئولیت‌پذیری و نقش آن در به دست آوردن موفقیت.
چهارم	شناخت عوامل ایجادکننده اضطراب و راه‌های مقابله با آن، شناخت اضطراب وجودی و ارائه‌ی تکلیف خانگی.
پنجم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، بیان لزوم حفظ هویت و ارتباط با دیگران و یافتن معنای عشق.
ششم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و بررسی معنای رنج.
هفتم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و شناخت ارزش‌های خلاق.
هشتم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و بررسی ارزش‌های تجربی.
نهم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و بررسی ارزش‌های گزایشی.
دهم	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

## ابزار

۱- مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز<sup>۱</sup>: این مقیاس خود گزارشی از نوع مداد کاغذی است که دارای ۲۷ ماده می‌باشد. این مقیاس به وسیله تحلیل عوامل توسط کیامرثی، نجاریان و مهرایی زاده هنرمند (۱۳۷۷) ساخته شده است. شیوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بدین گونه است که آزمودنی‌ها به یکی از چهار گزینه هرگز = ۰، به ندرت = ۱، گاهی اوقات = ۲ و اغلب اوقات = ۳ پاسخ می‌دهند. ماده‌های ۰، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ به شیوه‌ی

1. Ahvaz Hardiness Scale (AHS)

معکوس نمره گذاری می‌شوند. به دست آوردن نمره بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده سرسختی بالا در فرد است. کیامرثی و همکاران (۱۳۷۷) برای سنجش پایایی این مقیاس دو روش باز آزمایی و همسانی درونی را به کار گرفتند. ضریب همبستگی کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ گزارش شده که همگی رضایت‌بخش می‌باشند. این محققین، برای سنجش روایی از روش روایی ملاکی همزمان استفاده کردند و پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی را همزمان با چهار پرسش‌نامه ملاک اضطراب، افسردگی اهواز، خودشکوفایی مازلو، مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی به کار بردند. ضریب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها، در مقیاس سرسختی و اضطراب برای کل نمونه، آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب ۰/۷۰- و ۰/۴۴- بود ( $p < 0/001$ ). همچنین، ضریب‌های همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو مقیاس سرسختی روان‌شناختی و افسردگی در کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۲۰، ۰/۷۱- و ۰/۵۷- بود ( $p < 0/001$ ). افزون بر این، ضریب‌های همبستگی نمره‌های کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر در مقیاس خودشکوفایی با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۰۵ و ۰/۴۵ بود ( $p < 0/001$ ). نهایتاً، ضریب‌های همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس روایی سازه‌ای سرسختی و مقیاس سرسختی اهواز نشان داده است که ضریب‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی دار بودند. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ بدست آمد.

۲- مقیاس بهزیستی روان‌شناختی<sup>۲</sup>: این مقیاس توسط ریف<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) ساخته شده و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. فرم اصلی دارای ۱۲۰ سوال بود ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی، و ۱۸ سوالی پیشنهاد گردید. در پژوهش حاضر، نسخه‌ی ۵۴ سوالی استفاده شد و این مقیاس دارای شش خرده‌مقیاس خودپروی (سوالات ۱، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۳۱، ۳۷، ۴۳، ۴۹)، رابطه مثبت با دیگران (سوالات

۴، ۱۰، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۴، ۴۰، ۴۶، ۵۲)، پذیرش خود (سوالات ۶، ۱۲، ۲۴، ۱۸، ۳۰، ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴)، زندگی هدفمند (سوالات ۵، ۱۱، ۱۷، ۲۳، ۲۹، ۴۷، ۴۱، ۳۵، ۵۳)، رشد شخصی (سوالات ۳، ۹، ۱۵، ۲۱، ۲۷، ۳۳، ۳۹، ۴۵، ۵۱) و تسلط محیطی (سوالات ۲، ۸، ۲۰، ۱۴، ۲۶، ۳۲، ۳۸، ۴۴، ۵۰) است. هر یک از سوالات این مقیاس بر روی یک پیوستار ۶ درجه‌ای از «کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۶» درجه‌بندی می‌شود و کسب نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. مطالعه‌ای نشان داد که ضریب همابستگی بین خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ بود (بیانی، کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۳ بدست آمد.

### یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در دامنه ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشت. میانگین مدت ازدواج دو سال و دامنه تحصیلات آن‌ها از کاردانی تا کارشناسی ارشد (۱۵ نفر کاردانی، ۲۲ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناس ارشد) بود. هفت شرکت‌کننده در گروه کنترل و یازده شرکت‌کننده در گروه آزمایش دارای یک فرزند و بقیه شرکت‌کنندگان بدون فرزند بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای پژوهش در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

متغیرها	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روان‌شناختی کلی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵۹/۹۱	۱۴/۳۵
		کنترل	۱۵۸/۸۷	۱۲/۶۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷۸/۵۶	۱۲/۵۴
		کنترل	۱۵۹/۴۶	۱۳/۲۱
خودپروی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۴/۹۲	۳/۴۷
		کنترل	۲۴/۶۵	۳/۹۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۳/۸۰	۴/۳۳
		کنترل	۲۴/۷۰	۳/۲۸
تسلط محیطی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۴/۶۴	۴/۱۸

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای پژوهش در دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
		کنترل	۲۴/۰۸	۴/۲۶
	پس آزمون	آزمایش	۳۳/۱۲	۵/۸۰
		کنترل	۲۴/۲۰	۴/۱۹
رشد شخصی	پیش آزمون	آزمایش	۲۷/۰۱	۵/۶۳
		کنترل	۲۶/۵۰	۴/۶۰
	پس آزمون	آزمایش	۳۴/۸۰	۴/۱۸
		کنترل	۲۴/۶۱	۳/۷۳
ارتباط مثبت	پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۳۲	۴/۹۶
		کنترل	۲۵/۹۸	۳/۷۶
	پس آزمون	آزمایش	۳۸/۱۶	۵/۶۰
		کنترل	۲۵/۹۰	۴/۲۳
زندگی هدفمند	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۵۹	۴/۵۱
		کنترل	۲۵/۱۶	۴/۰۸
	پس آزمون	آزمایش	۳۱/۱۲	۴/۸۷
		کنترل	۲۵/۲۱	۳/۴۱
پذیرش خود	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۲۰	۴/۴۵
		کنترل	۲۴/۲۱	۴/۶۱
	پس آزمون	آزمایش	۳۸/۶۵	۵/۰۸
		کنترل	۲۵/۳۲	۳/۹۰
سرسختی روان‌شناختی کلی	پیش آزمون	آزمایش	۴۱/۷۶	۸/۴۳
		کنترل	۴۱/۱۹	۷/۷۱
	پس آزمون	آزمایش	۵۳/۹۵	۷/۱۶
		کنترل	۴۰/۲۳	۸/۲۵

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه پژوهش در تمامی متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش آزمون تفاوت‌های چشم‌گیری با یکدیگر نداشتند، زیرا میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها تقریباً به هم نزدیک بود. در حالی که، میانگین نمرات گروه

آزمایش در متغیرهای بهزیستی و سرسختی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون تغییرات محسوسی داشت. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا برای بررسی پیش‌فرض‌ها، جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که  $Z$  به دست آمده در سطح  $0/05$  معنی‌دار نبود. برای بررسی همگنی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی ( $F_{(1,38)}=1/59$ ،  $p=0/22$ ) و سرسختی روان‌شناختی ( $F_{(1,38)}=1/87$ ،  $p=0/18$ )، به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $p>0/05$ ). بنابراین، مفروضه همگنی واریانس‌ها تایید شد. همچنین، مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگنی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون بر پس‌آزمون انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان  $F$  در سطح  $0/05$  در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی ( $F=1/22$ )،  $p=0/31$  و سرسختی روان‌شناختی ( $F=1/22$ ،  $p=0/09$ ) بود ( $p>0/05$ ). دیگر مفروضه تحلیل کوواریانس، عدم همبستگی همپراش بین متغیرها در پیش‌آزمون است. نتایج ماتریس همبستگی نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین سرسختی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی وجود داشت ( $r=0/43$ ،  $p<0/001$ )، که نشان‌دهنده عدم همبستگی همپراش بین متغیرها ( $r<0/70$ ) در پیش‌آزمون بود. علاوه بر این، نتایج غیر معنادار در آزمون باکس برای بهزیستی روان‌شناختی ( $F=0/39$ ،  $Box's M=24/22$ ،  $p=0/47$ ) و سرسختی روان‌شناختی ( $F=1/36$ ،  $Box's M=31/60$ ،  $p=0/13$ ) نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس-کوواریانس برقرار بود ( $p>0/05$ ). از آنجایی که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس محقق شده است، برای بررسی تاثیر معنادرمانی بر خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد و، همچنین، نتایج آزمون لامبدای ویلکز ( $0/16=ارزش$ ،  $F=135/12$ ،  $p<0/001$ ) نشان داد که بین دو گروه در ارتباط با خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد و  $0/53$  درصد تفاوت‌ها مربوط به عضویت گروهی است. بنابراین برای مشخص شدن تفاوت‌ها در

ارتباط با هر یک از خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی دو گروه با کنترل پیش آزمون**

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضرب اتا
خود پیروی	۱۰۳/۳۳	۱	۱۰۳/۳۳	۱۰/۳۹	* ۰/۰۰۱	۰/۴۳
تسلط محیطی	۱۲۹/۴۱	۱	۱۲۹/۴۱	۱۴/۶۶	* ۰/۰۰۱	۰/۵۴
رشد شخصی	۱۹۸/۱۲	۱	۱۹۸/۱۲	۱۸/۵۸	* ۰/۰۰۱	۰/۶۰
ارتباط مثبت	۱۴۵/۸۰	۱	۱۴۵/۸۰	۱۵/۱۳	* ۰/۰۰۱	۰/۵۷
زندگی هدفمند	۱۰۵/۱۲	۱	۱۰۵/۱۲	۱۱/۵۱	* ۰/۰۰۱	۰/۴۵
پذیرش خود	۱۲۳/۵۶	۱	۱۲۳/۵۶	۱۳/۹۳	* ۰/۰۰۱	۰/۴۷

همان طور که نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۳ نشان داده شده است، با کنترل نمرات پیش آزمون، بین گروه های آزمایشی و کنترل از لحاظ خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر، آموزش معنادرمانی به طور معناداری باعث افزایش بهزیستی روان شناختی در گروه آزمایش شد. همچنین، توان آماری برابر با ۱ بود، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. در ادامه، نتایج بررسی تاثیر معنادرمانی بر سرسختی روان شناختی از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیره در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره روی میانگین نمرات سرسختی روان شناختی دو گروه با کنترل پیش آزمون**

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضرب اتا
سرسختی پیش آزمون		۲۹۸/۱۱	۱	۲۹۸/۱۱	۸۷/۰۹	* ۰/۰۰۱	۰/۸۷
گروه		۳۱/۲۸	۱	۳۱/۲۶	۳۸/۱۹	* ۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا		۱۵/۷۱	۳۷	۴/۱۱			
کل		۸۴۸/۰۰	۴۰				

\*  $p < ۰/۰۰۱$

همان طور که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است، با کنترل نمرات پیش آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ سرسختی تفاوت معنی داری وجود داشت ( $F=38/19$ ،  $p<0/001$ ). به عبارت دیگر، آموزش معنادرمانی گروهی به شکل معناداری باعث افزایش سرسختی روان‌شناختی در گروه آزمایش شد و میزان تاثیر برابر با  $0/53$  بود. به عبارتی،  $53$  درصد تفاوت‌های فردی در نمرات سرسختی مربوط به تاثیر آموزش معنادرمانی گروهی بود. همچنین، توان آماری برابر با  $1$  بود که نشان‌دهنده عدم وجود خطای نوع دوم بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که با کنترل پیش آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنی داری وجود داشت. به عبارت دیگر، آموزش معنادرمانی گروهی موجب افزایش معنی‌دار بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است. این یافته‌ها با پژوهش‌های انجام شده توسط تقوایی‌نیا و دلاوری‌زاده (۱۳۹۵)؛ راتی و راجستوجی (۲۰۱۷) و گارسیا-الندت (۲۰۱۵) همسو و هماهنگ است و یافته‌های پژوهشی این مطالعه را مورد تایید قرار می‌دهند. در تبیین این نتایج می‌توان اشاره کرد که هدف معنادرمانی توانا ساختن بیمار برای کشف معنای منحصر به فرد خود است. آموزش معنادرمانی باعث می‌شود که فرد بیمار حدود اختیارها و آزادی‌های خود را ترسیم کند. معنادرمانی در شکستن چرخه‌های معیوب روان‌آزردگی موثر است. تایید یافته‌های به دست آمده و تطبیق آن با نتایج پژوهش‌های پیشین نشانگر این مسئله است که معناجویی به زندگی مفهوم واقعی می‌بخشد. از این رو، گذرا بودن و انتقال زندگی از معنای آن نمی‌کاهد و آنچه اهمیت بسیار دارد، شیوه نگرش فرد به رنج و همچنین شیوه‌ای است که این رنج را به دوش می‌کشد. در معنادرمانی تلاش می‌گردد تا بیمار به وجدان خودش رجوع کند. همچنین، معنادرمانی به افزایش خودشناسی و خویشتن‌پذیری می‌انجامد. خویشتن‌پذیری به معنای اعتقاد به این است که «من فعلاً همین هستم که هستم و همین اندازه برای وضعیت موجود من کافی است»، بنابراین در چنین شرایطی افراد احساس رضایت بیشتری از خود دارند. همچنین،

معنادرمانی به افراد می‌آموزد در جایی که فرد با موقعیتی رو به رو می‌شود که به هیچ وجه نمی‌تواند آن را تغییر دهد، واکنش‌های مناسب با آن موقعیت را از خود بروز دهند که این می‌تواند به افراد کمک کند با توجه به خودارزیابی و نگرش مثبت به موقعیت از عزت نفس خود حمایت و دفاع نمایند. این امر خود باعث ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن مشتمل بر مقیاس‌های پذیرش (توانایی دیدن و پذیرفتن قوت‌ها و ضعف‌های خود)، تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه مسائل زندگی روزمره)، روابط مثبت با دیگران (داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم در زندگی)، هدف زندگی (داشتن غایت‌ها و اهدافی که به زندگی فرد جهت و معنا می‌بخشد)، رشد فردی (احساس این که توانایی‌های بالقوه فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد) و استقلال (توانایی و قدرت پیگیری خواسته‌ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد) می‌شود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ سرسختی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر، آموزش معنادرمانی گروهی موجب افزایش معنادار سرسختی در گروه آزمایش شد. این یافته با پژوهش‌های انجام شده توسط محمدی و رحیم‌زاده (۱۳۹۷) و آقاجانی و همکاران (۱۳۹۷) همسو و هماهنگ است و یافته‌های بدست آمده در این تحقیق مورد تایید قرار می‌گیرد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که فرد وابسته به مواد در طول مدت اعتیاد خود از خانواده خود جدایی عاطفی پیدا کرده و به نیازهای خانواده و خصوصاً همسر خود بی‌توجه است و لذت و رضایت خود را از مواد کسب می‌کند. همچنین، در کی از زمان ندارد و زمانی که به اعتیاد وابستگی دارد همه ارزش‌ها در ذهن او رنگ می‌بازد. فرد وابسته به مواد به انتظارات همسر خود بی‌توجه است و تنها به لذت خود می‌اندیشد. در اشکال پیچیده‌تر و عمیق‌تر آن می‌توان طلاق عاطفی را شاهد بود، چرا که در خود فرورفتگی فرد وابسته به مواد آن‌چنان است که تحلیل‌های منطقی از محیط پیرامون خود در بافت زندگی شخصی ندارد (آرمان‌پناه، سجادیان و نادری، ۱۳۹۹). زنان دارای همسر وابسته به مواد از مشکلات متعددی مانند افسردگی و نشخوار فکری در ارتباط با زندگی و آینده‌شان،



کاهش عزت نفس و بی‌معنایی زندگی رنج می‌برند که همه این مشکلات به فشار روانی شدید و مداوم منجر می‌شود. در حالی که، سرسختی به عنوان یک سپر دفاعی قدرتمند در برابر فشارهای زندگی عمل می‌کند. بنابراین، می‌توان انتظار داشت هر عاملی که به تقویت سرسختی زنان دارای همسر وابسته به مواد کمک کند منجر به کاهش اثرات منفی این واقعه خواهد شد. با این هدف، معنادرمانی گروهی از طریق بازنگری تعریف «رنج» باعث می‌شود که فرد در مواجهه با چالش‌های زندگی در صدد یافتن معنایی هستی‌بخش بوده و با این رنج‌ها به شکل مطلوبی مقابله نماید. در صورتی که فرد بتواند به شکل موفقیت‌آمیز برای رویدادهای مایوس‌کننده زندگی معنایی بیابد، قادر به تحمل ناملایمات آن خواهد بود. بنابراین، به نظر می‌رسد که تلاش برای کشف معنا در تقویت سرسختی و تاب‌آوری افراد نقش موثری داشته باشد (قدم‌پور، یوسف‌وند و علوی، ۲۰۱۸).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. جامعه آماری این پژوهش زنان دارای همسر وابسته به مواد شهرستان بهبهان بودند. بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن نمونه توجه شود. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، اجرای پیش‌آزمون‌ها در میان زنان دارای همسر وابسته به مواد بود که به دلیل تحت تنش بودن ایشان، جلب رضایت از آن‌ها و تکمیل پرسش‌نامه‌ها گاهی دشوار و با مشکلاتی همراه بود. پیشنهاد می‌شود برای نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در جوامع مختلف با فرهنگ‌های متفاوت‌تر این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود. همچنین، با توجه به این که مسائل فرهنگی در زندگی افراد تاثیر دارد، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرها، قومیت‌ها و فرهنگ‌های متفاوت تکرار شود. همچنین، به علت شیوع بیماری کرونا متأسفانه امکان مرحله پیگیری برای پژوهشگر مقدور نبود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود واحدهای درمانی در سطح کشور به‌ویژه مشاوران بهزیستی مشغول در مراکز ترک اعتیاد برنامه معنادرمانی گروهی را در در برنامه‌های خود قرار دهند.

## منابع

- آرمان‌پناه، آزاده؛ سجادیان، ایلناز و نادى، محمدعلی (۱۳۹۹). نقش میانجی تعارضات زناشویی در رابطه بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی زنان دارای همسر معنادار. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۴)، ۲۸-۱۰.
- آقاجانی، محمدجواد؛ اکبری، بهمن؛ خلعتبری، جواد و صادقی، عباس (۱۳۹۷). اثربخشی معنی‌درمانی به شیوه گروهی بر احساس تنهایی و سرسختی روان‌شناختی دانشجویان دارای نشانگان ضربه عشق. *مجله علوم پزشکی ارمغان دانش*، ۲۳(۵)، ۵۷۶-۵۵۹.
- احمدوند، محمدعلی (۱۳۸۷). *اعتیاد، سبب‌شناسی و درمان آن*. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- اسدی، محسن؛ شفیق‌آبادی، عبدالله، پناه‌علی، امیر و حبیب‌الله‌زاده، حسین (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش فرسودگی شغلی. *اندیشه و رفتار*، ۶(۲۲)، ۷۸-۶۹.
- بخشی ارجنکی، بتول؛ شریفی، طیبه و قاسمی‌پیربلوطی، محمد (۱۳۹۴). بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با نگرش دینی، عزت نفس و سرسختی روان‌شناختی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه دولتی شهر کرد. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۴(۳)، ۶۰-۶۹.
- بیانی، علی‌اصغر؛ کوچکی، محمد و بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۲)، ۲۰-۱۴.
- تقوایی‌نیا، علی و دلاوری‌زاده، سارا (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان بازنشسته سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۲۴-۱۱۵.
- تقی‌پور، شیوا؛ باغستانی، محمدحسین و سعادت‌ی، نادر (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک‌شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معنادار در حال ترک. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۷۱-۸۸.
- خالدیان، محمد؛ سهرابی‌اسمرود، فرامرز؛ اصغری‌گنجی، عسگر و کرمی‌باغظیفونی، زهرا (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۲۹)، ۱۳۵-۱۶۴.
- رحیمیان‌بوگر، اسحاق و اصغر‌نژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۱)، ۷۰-۶۲.
- رضایی، آذرمیدخت؛ رفاهی، ژاله و احمدی‌خواه، علی (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۷)، ۴۶-۳۷.

- شیربیم، زهرا؛ سودانی، منصور و شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۷)، اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان. *اندیشه و رفتار*، ۲(۸)، ۷-۱۸.
- فرانکل، ویکتور (۱۳۹۲). *انسان در جستجوی معنی*. ترجمه صالحیان، نهضت و میلانی، مهین. تهران: درس.
- کوری، جerald (۱۳۸۷). *نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه سیدمحمدی، یحیی. تهران: نشر ارسباران.
- کیامرثی، آذر؛ نجاریان، بهمن و مهرابی‌زاده‌هنرمند، مهناز (۱۳۷۷). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی. *مجله روان‌شناسی*، ۵(۳-۴)، ۲۸۵-۲۷۱.
- گال، دامین مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویس (۱۳۹۱). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد اول)*. ترجمه نصر، احمدرضا. تهران: انتشارات سمت.
- محمدی، سید یونس و رخیم‌زاده تهرانی، کتابون (۱۳۹۷). *اثربخشی معنادرمانی بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری ایدز در شهر تهران*. *روان‌شناسی سلامت*، ۷(۲۵)، ۱۲۰-۱۰۶.
- مهدی‌زاده، سمیه؛ قدوسی، آرش و ناجی، سیدعلی (۱۳۹۲). بررسی تنش‌های درونی همسران مردان معتاد به هروئین. *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۲(۳)، ۱۳۸-۱۲۸.
- میکائیلی‌منیع، فرزانه (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دوره‌ی کارشناسی دانشگاه ارومیه. *افتخ دانش*، ۱۶(۴)، ۷۳-۶۵.

## References

- Afshari, A. (2019). Compare alexithymia and emotional intelligence among drug users, people at risk of addiction and non-drug users. *ARC Journal of Psychiatry*, 4(2), 5-10.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Auth.
- Diclemente, C. C. (2018). *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. Guilford Publications.
- Frankl, V. E. (1966). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logo therapy*. New York: Washington Square Press.
- García-Alandete, J. (2015). Does meaning in life predict psychological well-being? *The European Journal of Counseling Psychology*, 3(2), 89-98.
- Ghadampour, E., Yousefvand, M., & Alavi, Z. (2018). The effectiveness of therapeutic meaning on Academic Excitement and Academic Hardiness in secondary school student's city of Khorramabad. *Journal of Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 7(9), 123-38.
- Goldstein, A. L., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22-32.
- Greń, J., Bobrowski, K., Ostaszewski, K., & Pisarska, A. (2019). Prevalence of psychoactive substance use among students attending youth correctional centres. *Alcoholism and Drug Addiction*, 32(4), 267-290.

- Klein, J. W. (2016). Pharmacotherapy for Substance Use Disorders. *Medical Clinics of North America*, 100(4), 891-910.
- Kng, K., Je, I. M., Kim, I. M., Hee-su, K., Shingjeng, K., Mi-Kyung, S., & Sonyong, S. (2009). The effect of Logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of adolescents with Terminal cancer. *Journal of Current Directions in Psychological Science*, 1(12), 312-319.
- Lorkiewicz, S. A., Ventura, A. S., Heeren, T. C., Winter, M. R., Walley, A. Y., Sullivan, M., & Saitz, R. (2018). Lifetime marijuana and alcohol use, and cognitive dysfunction in people with human immunodeficiency virus infection. *Substance Abuse*, 39(1), 116-123.
- Lundholm, L. (2013). *Substance use and violence: influence of alcohol, illicit drugs and anabolic androgenic steroids on violent crime and self-directed violence*. unpublished Dissertations, Sweden: Uppsala University.
- Polles, A., Williams, M., Phalin, B., Teitelbaum, S., & Merlo, L. (2020). Neuropsychological impairment associated with substance use by physicians. *Journal of the Neurological Sciences*, 411, 116714
- Possi, M. K. (2018). Effects of drug abuse on cognitive and social behaviours: A potential problem among youth in Tanzania. *Utafiti Journal*, 3(1), 111-128.
- Pourallahvirdi, M., Rahmani, F., Ranjbar, F., Bakhtavar, H. E., & Etehadi, A. (2016). Major causes of drug abuse from the viewpoint of addicted persons referred to addiction treatment centers of Tabriz city, Iran. *Archives of Neuroscience*, 3(3), e37653.
- Rathi, N., & Ragstogi, R. (2017). Meaning in life and psychological well-being in preadolescent and adolescent. *Journal of the India Academy of Applied Psychology*, 33, 31-38.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Saboor, Z., Rahimi Pordanjani, T., & Mohammadzadeh Ebrahimi, A. (2019). Effect of hope therapy on general self-efficacy among substance abusers. *Journal of Research & Health*, 9(4), 302-308.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2016). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed., vol. 1). Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Hollern, S., Irving, S., & Sigmon, S. (2010). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-850.