

The Effectiveness of Meaning Therapy on the Cognitive, Emotional, and Spiritual Indicators of Recovered Addicts with Symptoms of Depression

1. Esmaeel Mardanizadeh^{id}: PhD Student, Department of Clinical Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

2. Maryam Nasri^{id}*: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

3. Fatemeh Shahabizadeh^{id}: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

4. Mojtaba Ansari Shahidi^{id}: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

*Corresponding Author's Email Address: Maryam_nasri_59@yahoo.com



Abstract:

Objective: This study aimed to examine the effectiveness of meaning therapy on cognitive, emotional, and spiritual indices in recovered addicts exhibiting symptoms of depression.

Methods and Materials: The study employed a semi-experimental design with pretest-posttest and a control group, including a 3-month follow-up. A total of 45 recovered male addicts aged 25–50 years from addiction treatment clinics in Shahrekord (Iran) were selected using convenience sampling and randomly assigned to three groups (meaning therapy, emotion efficacy-based therapy, and control), each with 15 participants. Standardized instruments included the Beck Depression Inventory (1988), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006), the Spiritual Well-Being Scale (Paloutzian & Ellison, 1982), and an emotion regulation scale. Cronbach's alpha for these tools ranged from 0.80 to 0.88. Data were analyzed using Kolmogorov–Smirnov test, univariate and multivariate analysis of covariance (ANCOVA/MANCOVA) via SPSS24.

Findings: The results indicated significant differences among the three groups in posttest and follow-up stages across cognitive, emotional, and spiritual indices. The meaning therapy group showed significantly greater improvements compared to both control and the second intervention group. Effect sizes in MANCOVA tests were large, ranging from 0.30 to 0.74. Meaning therapy significantly reduced depression scores, improved cognitive and emotional regulation, and enhanced spiritual well-being in participants.

Conclusion: This study demonstrates that meaning therapy is an effective intervention to enhance cognitive, emotional, and spiritual health among recovered addicts with depressive symptoms. Its application is recommended in rehabilitation and addiction recovery programs.

Keywords: *Meaning therapy; Depression; Spiritual well-being; Cognitive regulation; Emotion regulation; Addiction recovery.*

How to Cite: Mardanizadeh, E., Nasri, M., Shahabizadeh, F., & Ansari Shahidi, M. (2025). The Effectiveness of Meaning Therapy on the Cognitive, Emotional, and Spiritual Indicators of Recovered Addicts with Symptoms of Depression. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 2(3), 1-18.

Received: 25 March 2025

Revised: 25 May 2025

Accepted: 7 June 2025

Published: 26 September 2025



Copyright: © 2025 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

اثربخشی معادرمانی بر شاخص‌های شناختی، هیجانی و معنوی معتادان بهبودیافته دارای نشانه‌های افسردگی

۱. اسماعیل مردانی زاده ^{ID}: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۲. مریم نصری ^{ID}*: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران، (نویسنده مسئول)

۳. فاطمه شهابی زاده ^{ID}: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۴. مجتبی انصاری شهیدی ^{ID}: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: Maryam_nasri_59@yahoo.com

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی معادرمانی بر شاخص‌های شناختی، هیجانی و معنوی در معتادان بهبود یافته دارای نشانه‌های افسردگی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه انجام شد. نمونه شامل ۴۵ مرد معتاد بهبود یافته (سنین ۲۵ تا ۵۰ سال) بود که به‌صورت در دسترس از میان مراجعان به مراکز ترک اعتیاد در شهرکرد انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (معادرمانی، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، کنترل) جای گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های افسردگی بک (۱۹۸۸)، تنظیم شناختی هیجان (Garnefski & Kraaij, ۲۰۰۶)، سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) و تنظیم هیجان بود. پایایی ابزارها با آلفای کرونباخ بین ۰.۸۰ تا ۰.۸۸ تأیید شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف، تحلیل کواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره (MANCOVA/ANCOVA) در نرم‌افزار SPSS۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین سه گروه در شاخص‌های شناختی، هیجانی و معنوی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در همه مؤلفه‌ها، گروه معادرمانی نسبت به گروه کنترل و گروه دوم بهبود معنادارتری را نشان داد. اندازه اثر در آزمون‌های MANCOVA در تمام ابعاد بالا و در دامنه ۰.۳۰ تا ۰.۷۴ بود. نتایج نشان داد معادرمانی منجر به کاهش معنادار در افسردگی، افزایش در تنظیم شناختی و هیجانی، و ارتقاء سلامت معنوی شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که معادرمانی به عنوان رویکردی مؤثر می‌تواند شاخص‌های شناختی، هیجانی و معنوی را در افراد بهبود یافته از اعتیاد با نشانه‌های افسردگی بهبود بخشد و به‌عنوان گزینه‌ای قابل استفاده در برنامه‌های درمانی مراکز ترک اعتیاد توصیه می‌شود.

کلیدواژگان: معادرمانی؛ افسردگی؛ سلامت معنوی؛ تنظیم شناختی؛ تنظیم هیجان؛ اعتیاد

نحوه استناددهی: مردانی زاده، اسماعیل، نصری، مریم، شهابی زاده، فاطمه، و انصاری شهیدی، مجتبی. (۱۴۰۴). اثربخشی معادرمانی بر شاخص‌های شناختی، هیجانی و معنوی معتادان بهبودیافته دارای نشانه‌های افسردگی. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۲(۳)، ۱۸-۱.



تاریخ دریافت: ۵ فروردین ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۴ خرداد ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۷ خرداد ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۴ مهر ۱۴۰۴



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Substance abuse continues to be one of the most serious public health and psychosocial challenges in contemporary societies. The destructive effects of addiction are not limited to individuals but also permeate families and communities, significantly reducing quality of life and intensifying psychological disorders such as depression. Numerous studies have confirmed that addiction is often comorbid with major depressive disorder, and the cyclical relationship between the two complicates treatment and recovery processes (Bakhtiari & Bashardoust, 2021; Sadeghi et al., 2020). In particular, individuals in recovery frequently experience post-withdrawal depression, which can severely undermine their motivation to remain abstinent, often leading to relapse (Nemati Sogoli Tepe et al., 2020; Zeledona et al., 2020).

In light of these challenges, psychotherapeutic interventions that address the cognitive, emotional, and spiritual dimensions of recovered addicts are of increasing interest to researchers and clinicians. Among these, meaning therapy—a logotherapy-based approach conceptualized by Viktor Frankl—has gained prominence due to its emphasis on existential purpose, freedom of will, and the ability to find meaning even amid suffering (Tahmasebi Pour, 2020; Wong, 2019). Frankl posited that humans are motivated by a “will to meaning,” and that psychological resilience can be achieved by finding personal meaning in life’s adversities. This premise is particularly relevant to individuals recovering from addiction, who often face a profound sense of purposelessness, loss of identity, and emotional dysregulation (Amiri et al., 2020; Wong, 2020).

Recent literature supports the efficacy of meaning therapy in various clinical populations. For example, Haqdoust et al. found that meaning therapy significantly reduced death anxiety and catastrophic pain perception in prostate cancer patients (Haqdoust et al., 2021), while Ali Mohammadi et al. demonstrated its effectiveness in reducing

existential anxiety in patients with metabolic syndrome (Ali Mohammadi et al., 2020). Additionally, research by Mamshali and Aloustani confirmed that meaning therapy decreases death anxiety in cancer patients (Mamshali & Aloustani, 2020), indicating its therapeutic potential in addressing deep psychological distress. Furthermore, meaning therapy has been shown to influence emotion regulation strategies and promote psychological resilience, particularly in those with a history of trauma or existential suffering (Lee & Chae, 2019; Zakeri et al., 2017).

From a neuropsychological and cognitive-behavioral perspective, individuals with substance use histories tend to exhibit maladaptive emotion regulation strategies such as rumination, catastrophizing, and self-blame (Basharpour & Rahbari Ghazani, 2020). These cognitive patterns perpetuate depressive symptoms and increase vulnerability to relapse. As meaning therapy emphasizes conscious reappraisal of one’s life circumstances and reframing suffering as a source of growth, it aligns with cognitive restructuring principles while also providing existential support. Moreover, the therapeutic process encourages clients to develop purposeful life goals and strengthen their sense of coherence and inner responsibility (O’Hara, 2023; Wong, 2020).

A critical but often overlooked component in recovery is spiritual well-being, which comprises both religious and existential health dimensions. Studies have emphasized that spiritual well-being serves as a protective factor against mental health deterioration and can significantly reduce relapse risk (Azerbaijani, 2023; Omidvari, 2023). Research conducted by Mostafapour et al. illustrated that group meaning therapy reduced loneliness and death anxiety in elderly women, further demonstrating its utility in enhancing spiritual and existential domains (Mostafapour et al., 2018). Integrating these perspectives, the present study aimed to evaluate the effectiveness of meaning therapy in improving cognitive, emotional, and spiritual indicators among male recovered addicts exhibiting symptoms of depression. Given the prevalence of depressive states in post-recovery

individuals and the limitations of pharmacological interventions, this research adds to the growing body of literature advocating for integrative, humanistic treatment modalities.

Methods and Materials

This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a 3-month follow-up. The research population comprised male recovered addicts with symptoms of depression from addiction treatment clinics in Shahrekord during 2023–2024. A sample of 45 participants was selected using convenience sampling and randomly assigned to three equal groups (15 participants each): (1) the meaning therapy group, (2) the emotional efficacy-based therapy group, and (3) the control group. Inclusion criteria included DSM-5-based diagnosis of substance dependence, age between 25–50, at least a high school diploma, no history of psychotic disorders, and abstinence from methadone or opium syrup.

The intervention consisted of eight 90-minute group therapy sessions based on Frankl's logotherapy framework. The participants completed four standardized instruments: Beck Depression Inventory-II, Garnefski & Kraaij's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Garnefski's Emotional Regulation Scale, and the Paloutzian & Ellison Spiritual Well-Being Scale. Data were analyzed using Kolmogorov–Smirnov tests for normality and multivariate and univariate analyses of covariance (MANCOVA and ANCOVA) in SPSS 24.

Findings

Analysis of covariance showed that there were statistically significant differences in all three dependent variables—cognitive, emotional, and spiritual indicators—between the groups at the post-test and follow-up stages. The meaning therapy group demonstrated significantly greater improvements compared to the control group and the alternative intervention group.

In terms of cognitive indicators, significant reductions were observed in maladaptive strategies such as self-blame, rumination, and catastrophizing. Scores for adaptive

strategies including acceptance, positive reappraisal, and refocusing increased significantly in the meaning therapy group. The effect size for cognitive outcomes was calculated at $\eta^2 = 0.46$, indicating a strong treatment effect.

Emotional regulation indicators also improved significantly. Participants in the meaning therapy group reported greater use of adaptive emotional strategies and decreased reliance on maladaptive responses. The treatment effect for emotional variables was similarly robust, with $\eta^2 = 0.61$.

Spiritual well-being, measured across both religious and existential domains, showed significant improvement in the meaning therapy group. Scores increased from moderate levels to high levels in the post-test and follow-up assessments. The effect size for spiritual indicators was calculated at $\eta^2 = 0.30$, suggesting a moderate to strong effect.

Discussion and Conclusion

The findings of this study affirm the effectiveness of meaning therapy in enhancing cognitive, emotional, and spiritual functioning among recovered addicts with depressive symptoms. The therapeutic process facilitated reorganization of maladaptive cognitive schemas, improved emotion regulation capacities, and fostered a sense of purpose and existential fulfillment. These multidimensional improvements are particularly critical in relapse prevention and sustainable recovery.

Meaning therapy provided participants with tools to reframe their struggles and find value in their experiences, thereby reducing the cognitive distortions that often lead to hopelessness and relapse. By incorporating spiritual dimensions and emphasizing personal responsibility and freedom of choice, the intervention promoted deeper psychological transformation and improved post-recovery quality of life.

Overall, the study demonstrates that meaning therapy offers a comprehensive, person-centered approach that transcends symptom management and aims for holistic healing. It addresses the core existential crises that often

underpin addiction and depression, empowering individuals to reconstruct their narratives and re-engage with life meaningfully. The application of this approach in addiction

treatment settings can significantly enhance recovery outcomes and support long-term psychological resilience.

مقدمه

نتیجه رسیده‌اند که بازسازی نظام شناختی در کنار اصلاح نگرش معنوی، در

درمان افسردگی پس از ترک، نقش کلیدی دارد (Zakeri et al., 2017).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افسردگی یکی از شایع‌ترین علائم پس از ترک

اعتیاد است که در صورت عدم مداخله صحیح، منجر به عود مصرف خواهد

شد (Sadeghi, 2020; Bakhtiari & Bashardoust, 2021).

(#211872). در این میان، معنادرمانی با تأکید بر مؤلفه‌هایی چون

مسئولیت‌پذیری، آزادی در انتخاب، و معنا یافتن در رنج، می‌تواند احساس

ناکامی، گناه و بی‌ارزشی را در افراد کاهش دهد و سطح امید و انگیزش آن‌ها

را افزایش دهد (O'Hara, 2023; Wong, 2019). این رویکرد

برخلاف درمان‌های دارویی یا شناختی صرف، به‌گونه‌ای کل‌نگر به انسان

می‌نگرد و جنبه‌های وجودی، روانی، اجتماعی و معنوی را در فرآیند درمان

در نظر می‌گیرد (Omidvari, 2023; Mostafapour et al., 2018).

(#211869).

بُعد دیگر که در افراد بهبود یافته از اعتیاد با افسردگی، اهمیت زیادی دارد،

هیجانان و تنظیم هیجانی است. در واقع، بسیاری از افراد به‌دلیل ناتوانی در

کنترل هیجانان منفی، به سمت مصرف مواد گرایش می‌یابند. در این راستا،

معنادرمانی با فراهم کردن بستر خودآگاهی، خودپذیری و مسئولیت‌پذیری، به

مراجعان کمک می‌کند هیجانان خود را بهتر شناسایی کرده و در مواجهه با

تنش‌ها، پاسخ‌های کارآمدتری داشته باشند (Basharpour & Rahbari).

(Schaeuffele, 2022; Ghazani, 2020). بر اساس یافته‌های

Rosendahl و همکاران، معنادرمانی گروهی با بهبود اتحاد گروهی و انسجام

بین اعضا، تأثیر قابل توجهی بر شاخص‌های روانی ازجمله هیجان دارد

(Rosendahl et al., 2021).

سلامت معنوی نیز یکی از مؤلفه‌های مهم در بازگشت به زندگی سالم در

افراد بهبودیافته محسوب می‌شود. بسیاری از معتادان پس از ترک، احساس

اعتیاد به مواد مخدر یکی از بحرانی‌ترین آسیب‌های روانی-اجتماعی عصر

حاضر است که علاوه بر فرد مصرف‌کننده، خانواده و اجتماع را نیز تحت‌تأثیر

قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سوءمصرف مواد در کنار سایر

اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی، یک چرخه معیوب ایجاد می‌کند

که بازگشت به بهبودی را برای افراد بسیار دشوار می‌سازد (Nemati Sogoli).

(Rastegari, 2019; Tepe et al., 2020). از این رو، درمان‌های

ترکیبی که بتوانند ابعاد مختلف روانی، هیجانی و معنوی فرد را هدف قرار

دهند، اهمیت روزافزونی یافته‌اند. معنادرمانی به‌عنوان یکی از این رویکردهای

جامع، توجه پژوهشگران و درمانگران را به خود جلب کرده است.

معنادرمانی که بنیان آن بر نظریه لوگوتراپی ویکتور فرانکل استوار است،

بر این باور است که انسان‌ها می‌توانند در مواجهه با رنج و بحران نیز معنا

بیابند و از طریق یافتن معنا، سلامت روان خود را بازیابند (Tahmasebi).

(Wong, 2019; Pour, 2020). فرانکل معتقد بود که مهم‌ترین

نیروی انگیزشی انسان‌ها، تمایل به یافتن معنا در زندگی است. در این میان،

بیماران بهبود یافته از اعتیاد که معمولاً با احساس بی‌معنایی، پرچی،

شکست‌های مکرر و ناامیدی مواجه‌اند، می‌توانند از طریق این رویکرد

بازتعریف جدیدی از زندگی خود بیابند (Wong, Amiri et al., 2020).

(#211876, 2020).

یکی از مؤلفه‌های مهم در درک و تنظیم رفتار افراد معتاد، ابعاد شناختی

آنان است. اعتیاد معمولاً با طرحواره‌ها و راهبردهای شناختی ناسازگارانه همراه

است که باعث تداوم مصرف و ناتوانی در مقابله با فشارها می‌شود. راهبردهای

تنظیم شناختی هیجان نظیر فاجعه‌انگاری، سرزنش خود و نشخوار ذهنی

ازجمله مولفه‌هایی هستند که در این گروه شایع‌اند (Lee & Chae, 2019).

از سوی دیگر، درمانگرانی که در کار با افراد معتاد فعالیت می‌کنند، به این

تهی بودن، پوچی و بی هدفی دارند. معنادرمانی با فراهم سازی بستر تجربه های ارزشمند، بازنگری نگرش های بنیادین و تقویت ارتباط با ارزش های والای انسانی، می تواند کیفیت زندگی و رضایت مندی وجودی افراد را بهبود بخشد (Omidvari, 2023 #211869; Azerbaijani, 2023). پژوهش های داخلی نیز نشان داده اند که ارتقاء سلامت معنوی می تواند نقشی محافظتی در برابر افسردگی، احساس تنهایی، اضطراب مرگ و دیگر علائم روانی ایفا کند (Haqdoust, 2021 #211862; Mamshali & Aloustani, 2020).

در سطح بین المللی نیز تلاش هایی برای ترکیب معنادرمانی با دیگر مداخلات و تکنولوژی های جدید در حال انجام است. برای مثال، پژوهش Schaeuffele و همکاران، با معرفی ماژول های آنلاین در درمان های فراتشخیصی، بر پتانسیل ترکیب معنادرمانی با درمان های دیجیتال برای افزایش اثربخشی آن تأکید دارد (Schaeuffele et al., 2022). همچنین Larissa و همکاران در زمینه درمان مبتنی بر دارو برای اختلالات مصرف مواد نشان داده اند که ترکیب درمان های روانشناختی با مداخلات دارویی می تواند تصمیم گیری درمانی بیماران را بهبود بخشد (Larissa et al., 2020).

نکته حائز اهمیت دیگر آن است که تأثیر معنادرمانی تنها به کاهش نشانه های منفی محدود نمی شود، بلکه این رویکرد به ارتقاء مؤلفه های مثبت نیز می پردازد. وونگ با معرفی روانشناسی مثبت وجودی، معنادرمانی یکپارچه را به عنوان آینده روان درمانی معرفی می کند که نه تنها رنج ها را کاهش می دهد، بلکه به شکوفایی وجودی فرد نیز کمک می کند (Wong, 2020). در پژوهش Karimi Dastaki و محمودی نیز نشان داده شد که شرکت در کارگاه های معنای زندگی، موجب افزایش تاب آوری، کاهش هیجانات منفی و افزایش حمایت اجتماعی در دانشجویان می شود (Karimi Dastaki & Mahmudi, 2024).

با توجه به این پیش زمینه ها، می توان نتیجه گرفت که معنادرمانی با درگیر کردن سطوح عمیق تری از وجود انسان، از جمله معنا، هدف، ارزش ها و اراده، می تواند جایگزین مناسبی برای بسیاری از روش های سنتی باشد. اگرچه بسیاری از درمان ها به علائم ظاهری اعتیاد و افسردگی توجه دارند، اما رویکردهایی نظیر معنادرمانی، با دیدگاه کل نگر و انسان مدار خود، بستر بهبودی پایدار و واقعی را فراهم می سازد (Ali Mohammadi et al., 2020 #211858; Amiri, 2020). بنابراین، در این پژوهش تلاش شده است تا اثربخشی معنادرمانی بر سه شاخص شناختی، هیجانی و معنوی در معتادان بهبود یافته دارای نشانه های افسردگی مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد.

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مداخله ای و نیمه آزمایشی با طرح (پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل) و پیگیری ۳ ماهه انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه معتادان بهبود یافته دارای نشانه های افسردگی شهرستان شهرکرد در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس معتادان بهبود یافته ای که در محدوده بهمن ۱۴۰۲ به کلینیک ها و مراکز ترک اعتیاد شهرکرد مراجعه کرده اند، انتخاب شدند. که به طور تصادفی در ۳ گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش معنادرمانی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. به این صورت که در گام اول با استفاده از نمونه گیری در دسترس، ابتدا کلینیک ها و مراکز ترک اعتیاد شهرستان شهرکرد انتخاب سپس در گام بعدی معتادان بهبود یافته ای که در محدوده بهمن ۱۴۰۲ به کلینیک ها و مراکز ترک اعتیاد شهرستان شهرکرد مراجعه کردند، انتخاب شد و پس از توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش و مراحل پژوهش، و کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، آن ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شد. هردو گروه به پرسشنامه ها به عنوان

پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش، ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و یک‌روز درمیان، در گروه درمانی شرکت کردند، که توسط محقق به اجرای مداخلات پرداخته شد و به گروه آزمایش به‌صورت گروهی آموزش داد. (خلاصه‌ای از فنون ترکیبی جلسات آموزشی در جدول ۱ قرار داده شده است). افراد گروه کنترل در این دوره مراقبت‌های درمانی معمول را سپری کردند ولی در جلسات آموزشی محقق شرکت داده نشده و هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات، دو گروه مورد سنجش (پس‌آزمون) قرار گرفتند. و پس از گذشت ۳ ماه از اتمام جلسات درمانی، دوره پیگیری صورت گرفت.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت است از ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی وابستگی به مواد براساس DSM-۵، ۲- فرد بهبود یافته به اعتیاد حداقل ۲۵ سال و حداکثر ۵۰ سال داشته باشد؛ ۳- سطح تحصیلات فرد بهبودیافته به اعتیاد حداقل دیپلم باشد؛ ۴- فرد درحال مصرف داروهای ضد روان‌پریشی نباشد و دارای اختلال دو قطبی یا تجزیه‌ای نباشد. ۵- فرد بهبود یافته به اعتیاد توانایی و رغبت برای انجام تکالیف دارشته باشد. ۶- فرد درحال مصرف متادون و یا شربت اوپیوم نباشد. بلکه یک داروی آگونیست مصرف کنند. و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل ۱- مصرف داروهای روانپزشکی و همکاری نکردن با درمانگر ۲- انجام ندادن تکالیف اصلی پیشنهادی بود. ۳- بیماران با بیماری‌های جسمی خارج می‌شوند. ۴- افسردگی شدید و سایکوتیک باید معرفی شده و از مطالعه خارج شوند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از چهار پرسشنامه شاخص شناختی، هیجانی، معنوی و افسردگی استفاده شد. پرسشنامه اول شاخص شناختی: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) به‌منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی به‌کار می‌برد ابداع شده است. که شامل ۱۸ سؤال و ۹ خرده‌مقیاس است که هرکدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می‌کند. خرده‌مقیاس‌ها

عبارتند از: مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش رخداد، توجه مجدد برنامه‌ریزی برای چگونگی برخورد با رخداد، توجه مثبت مجدد به مسائل خوشایند به‌جای تفکر درباره آن رخداد واقعی، نشخوار فکری، باز ارزیابی مثبت، رسیدن به یک دور نما (افکار مربوط به نسبی‌بودن آن رخداد در مقایسه با سایر رخدادهای) و مصیبت‌بار تلقی کردن است. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت (هرگز، گاهی، مرتباً، اغلب، همیشه) بوده است. پرسشنامه دوم شاخص هیجانی: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) به‌منظور ارزیابی راهبردهای هیجانی که هر فرد بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی به‌کار می‌برد ابداع شده است. که شامل ۱۸ سؤال است. تنظیم هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نیافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم-اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی؛ راهبردهای سازش‌یافته و زیرمقیاس‌های خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه‌نمایی؛ راهبردهای سازش‌نیافته را تشکیل می‌دهد. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت (هرگز، گاهی، مرتباً، اغلب، همیشه) بوده است. پرسشنامه سوم شاخص معنوی: توسط پولوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ معرفی شد. این پرسشنامه ۲۰ سؤال دارد که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. پاسخ سؤال بصورت لیکرت ۶ گزینه‌ای و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۶) (نمره از ۲۰ تا ۱۲۰) دسته‌بندی شده است. در این پرسشنامه، شاخص معنوی ضعیف (امتیاز ۴۰-۲۰)، شاخص معنوی متوسط (امتیاز ۹۹-۴۱)، شاخص معنوی خوب (امتیاز ۱۲۰-۱۰۰) در نظر گرفته شده است. در تلاش برای تدوین ابزاری معتبر و پایا در مورد شاخص معنوی، ابتدا مطالعاتی جهت مشخص کردن منظور مردم از کلمه معنویت انجام شده است. جهت مشخص کردن درک مردم از احساس خودشان در

مورد شاخص معنوی از جمعیت عمومی خواسته شد تا شاخص معنوی خود را با اصطلاحات خودشان توصیف کنند. این پرسشنامه در ایران در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا گردیده است. در مطالعه‌ی دیگر روایی پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوا تعیین گردید. پایایی هم از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۸۲٪ تعیین گردید. پرسشنامه چهارم افسردگی: توسط آرون بک^۱ تهیه شده است. این ابزار یک پرسشنامه خودارزیابی چندگزینه‌ای با ۲۱ سؤال است که یکی از رایج‌ترین آزمون‌های روانسنجی برای اندازه‌گیری شدت افسردگی می‌باشد. در نسخه فعلی آن، BDI-II برای افراد ۱۳ سال و بالاتر طراحی شده است و شامل اقلامی است که مربوط به علائم افسردگی می‌باشند. برخی از این موارد عبارتند از: ناامیدی و تحریک‌پذیری، تشخیص‌هایی از قبیل احساس گناه یا حس مجازات‌شدن و همچنین نشانه‌های جسمی از قبیل خستگی، کاهش وزن و عدم توجه به جنس مخالف. می‌و همکاران ۱۹۶۹ تأکید کردند که این آزمون از نظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به پیش‌بینی است. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند. همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی (۰/۷۳)، مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ (۰/۷۶) و مقیاس افسردگی MMPI (۰/۷۶) به دست آمده است.

پروتکل مداخله معنادرمانی در این پژوهش شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و با فاصله یک روز در میان برگزار شد که هر جلسه هدف و محتوای مشخصی داشت. در جلسه اول، با هدف ایجاد اعتماد و انسجام گروهی، اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر آشنا شدند و قوانین جلسات و انتظارات گروهی تبیین گردید؛ سپس مقدمه‌ای درباره رویکرد

معنادرمانی ویکتور فرانکل ارائه و مفهوم "معنا در زندگی" برای شرکت‌کنندگان تشریح شد. در جلسه دوم، تکالیف جلسه پیش بررسی شد و تمرکز بر یافتن معنا در حوادث و رنج‌های گذشته زندگی شرکت‌کنندگان قرار گرفت، با هدف آماده‌سازی ذهنی برای پذیرش رنج به عنوان یک منبع معنا. جلسه سوم به آموزش سه منبع معنا از دیدگاه فرانکل یعنی ارزش‌های خلاق (مانند کار و خدمت)، ارزش‌های تجربی (نظیر عشق و زیبایی) و ارزش‌های نگرشی (یعنی نحوه مواجهه با رنج و بحران) اختصاص یافت و مثال‌هایی از زندگی واقعی اعضا برای درک بهتر این منابع ارائه شد. در جلسه چهارم، با بررسی تکالیف پیشین، به مشارکت فعال شرکت‌کنندگان در تعیین مصادیق معنایی پرداخته شد و مباحثی چون قدرت اراده، آزادی در انتخاب، مسئولیت‌پذیری، و محدودیت‌های موقت زندگی با هدف توانمندسازی در پذیرش شرایط دشوار مطرح گردید. در جلسه پنجم، فن «فراخوانی» و تأکید بر قدرت تلقین مبتنی بر معنویت آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان تشویق شدند شاخصه‌های معنوی خود را شناسایی کرده و آن‌ها را در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا به کار گیرند. جلسه ششم به آموزش فنون پیشرفته‌تری همچون اصلاح نگرش، قصد متناقض و بازتاب‌دایی اختصاص داشت تا شرکت‌کنندگان بتوانند نگرش خود نسبت به چالش‌های زندگی را بازسازی کنند. در جلسه هفتم، اعضا اهداف و برنامه‌های آینده زندگی خود را بازنگری کردند، به اولویت‌بندی اهداف پرداختند و برای موانع قابل رفع در مسیر رسیدن به این اهداف، راه‌حل‌هایی عملی تدوین نمودند. در نهایت، در جلسه هشتم، اعضای گروه دستاوردهای خود از فرایند درمان را به اشتراک گذاشتند، جمع‌بندی جامعی از مفاهیم کلیدی جلسات انجام شد و پیشنهاداتی برای حفظ و تداوم دستاوردهای درمانی ارائه گردید.

^۱. Aaron T. Beck

یافته‌ها

در این پژوهش روایی پرسشنامه‌ها تایید شد و پایایی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، ضریب پایایی برای پرسشنامه‌های شاخص شناختی، هیجانی برابر ۰/۸۸، معنوی برابر ۰/۸۰، افسردگی برابر ۰/۸۵ صدم به دست آمد، که بیانگر این بود، برای هر سه پرسشنامه ضریب پایایی بالاتر از ۰/۷۰ می باشد، که نشان داد پرسشنامه‌ها از پایایی نسبتاً بالایی برخوردار هستند. برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و در بخش استنباطی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها) و برای بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) و تک‌متغیره (آنکوا) از طریق نرم‌افزار SPSS^{۲۴} و EXCEL استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای تحقیق

متغیر	مراحل	آزمون کولموگروف - اسمیرنوف	سطح معناداری
سلامت معنوی	پیش آزمون	۰.۰۹۲	۰.۲۰
	پس آزمون	۰.۰۸۷	۰.۲۰
	پیگیری	۰.۱۷۰	۰.۱۲۸
شناختی	پیش آزمون	۰.۱۶۴	۰.۱۳۹
	پس آزمون	۰.۱۳۶	۰.۱۶۲
	پیگیری	۰.۱۱۶	۰.۲۰
هیجانی	پیش آزمون	۰.۰۸۶	۰.۲۰
	پس آزمون	۰.۱۴۰	۰.۱۴۰
	پیگیری	۰.۱۱۳	۰.۲۰

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در قبل و بعد از

مداخلات معنادارمانی ارائه شد.

فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (افسردگی، معنوی و شناختی، هیجانی) در قبل و بعد از مداخلات معنادرمانی

متغیر	گروه‌ها/ابعاد	میانگین قبل از مداخله		میانگین بعد از مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
معنوی	مذهبی	۲۶.۵۳	۳.۴۴	۲۷.۷۳	۳.۳۹
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۳.۱۸	۳۳.۵۳	۳.۸۷
	وجودی	۲۶.۶۰	۳.۲۹	۲۸.۸۷	۲.۳۹
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۶.۶۳	۵۴.۲۷	۶.۷۹
شناختی	ملاکت خویش	۵۶.۸۷	۷.۸۶	۶۷.۱۳	۸.۶۳
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۶.۷۲	۵۵.۸۷	۶.۲۲
	نشخوارگری	۳.۸۰	۱.۳۷	۴.۶۷	۱.۴۵
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۱۸	۶.۸۰	۱.۵۷
	فاجعه‌انگاری	۴.۰۰	۱.۱۳	۵.۲۷	۰.۸۸
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۵۳	۴.۸۰	۱.۵۲
	ملاکت دیگران	۳.۶۷	۱.۱۱	۷.۷۳	۱.۱۳
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۵۵	۵.۸۰	۱.۴۷
هیجانی	پذیرش	۳.۳۳	۱.۰۵	۴.۰۷	۱.۰۳
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۰۹	۷.۰۰	۱.۸۱
	تمرکز مجدد مثبت	۱.۰۶	۳.۴۷	۱.۶۷	۵.۰۷
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۴۱	۴.۳۳	۱.۴۵
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۳.۶۰	۲.۱۳	۶.۸۰	۱.۶۹
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۳۹	۵.۲۷	۲.۰۲
	ارزیابی مجدد مثبت	۴.۳۳	۱.۶۸	۵.۰۰	۱.۵۶
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۸۵	۷.۲۰	۱.۶۶
	دیدگاه‌پذیری	۴.۲۷	۱.۴۹	۵.۹۳	۱.۷۱
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۲۶	۵.۰۷	۱.۲۶
		۴.۳۳	۱.۲۳	۷.۰۷	۱.۷۱
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۵۰	۶.۱۳	۱.۸۵
		۴.۴۰	۱.۴۰	۵.۰۷	۱.۲۸
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۲۸	۷.۸۰	۱.۳۷
		۴.۶۷	۱.۲۹	۶.۰۷	۱.۴۹
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۹۱	۴.۷۳	۱.۸۷
		۳.۹۳	۱.۸۲	۶.۱۳	۱.۸۵
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۷۷	۵.۰۰	۱.۷۳
		۴.۱۳	۱.۳۵	۴.۳۳	۱.۳۹
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون	۱.۶۴	۶.۰۷	۱.۹۱
		۳.۴۷	۱.۳۷	۲.۰۹	۵.۱۳
		پیش‌آزمون			
		پس‌آزمون			

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار ابعاد دارای نشانه‌های افسردگی بعد از مداخلات معنادرمانی در گروه آزمایش و

کنترل بهبود داشته است.

شاخص‌های شناختی-هیجانی و سلامت معنوی، مراجعین معنادرمانی بهبود یافته

کنترل بهبود داشته است.

دوره دوم، شماره سوم

بررسی فرضیه اول: بین شاخص‌های شناختی معنادان بهبودیافته دارای نشانه‌های افسردگی، در سه گروه معنادرمانی و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

روش آماری تحلیل اندازه‌گیری مکرر باید به آن دقت کرد این است که در این تحلیل برای بررسی اثربخشی مداخله به تعامل عامل گروهی و مکرر مراجعه می‌شود. در صورتی که این تعامل معنی‌دار باشد به این معناست که مداخله موردنظر بر روی متغیر وابسته یا ملاک اثربخشی لازم را داشته است.

در جدول ۳ نتیجه آزمون‌های درون آزمودنی برای بررسی فرضیه اول پژوهش گزارش شده است. آن موضوعی که در تحلیل فرضیه‌های مربوط به

جدول ۳. خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس فرضیه فرعی اول

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجزور ایتا
عامل زمانی	۶۴۸.۰۶۷	۲	۳۲۴.۰۳۳	۳۰.۳۲۷	۰.۰۰۰	۰.۵۲۰
مفروضه کروییت	۶۴۸.۰۶۷	۱۸۶۷	۳۴۷.۰۳۴	۳۰.۳۲۷	۰.۰۰۰	۰.۵۲۰
گرین هاوس- کایزر	۶۴۸.۰۶۷	۲.۰۰۰	۳۲۴.۰۳۳	۳۰.۳۲۷	۰.۰۰۰	۰.۵۲۰
هیون-فلت	۶۴۸.۰۶۷	۱.۰۰۰	۶۴۸.۰۶۷	۳۰.۳۲۷	۰.۰۰۰	۰.۵۲۰
دامنه پایین تر	۱۳۶.۲۸۹	۲	۱۳۶.۲۸۹	۶.۳۷۸	۰.۰۰۳	۰.۱۸۶
عامل زمان	۱۳۶.۲۸۹	۱۸۶۷	۷۲.۹۸۲	۶.۳۷۸	۰.۰۰۴	۰.۱۸۶
مفروضه کروییت	۱۳۶.۲۸۹	۲.۰۰۰	۶۸.۱۴۴	۶.۳۷۸	۰.۰۰۳	۰.۱۸۶
گرین هاوس- کایزر	۱۳۶.۲۸۹	۱.۰۰۰	۱۳۶.۲۸۹	۶.۳۷۸	۰.۰۱۷	۰.۱۸۶
هیون-فلت	۵۹۸.۳۱۱	۵۶	۱۰.۶۸۴			
دامنه پایین تر	۵۹۸.۳۱۱	۵۲.۲۸۸	۱۱.۴۴۳			
مفروضه کروییت	۵۹۸.۳۱۱	۵۶.۰۰۰	۱۰.۶۸۴			
گرین هاوس- کایزر	۵۹۸.۳۱۱	۲۸.۰۰۰	۲۱.۳۶۸			
هیون-فلت						
دامنه پایین تر						

مطابق با نتایج گزارش شده در جدول ۳ مشخص است تمام آزمون‌های چندمتغیره حاکی از معنی‌داری واریانس عامل تعامل گروه و عامل مکرر است (برای مثال مقدار مجموع مجزورات برای عامل تعامل زمان و عامل مکرر با تصحیح گرین هاوس-کایزر برابر با ۱۳۶.۲۸۹ است، $(F_{186,5228=6.37} P<.01)$ ، با توجه به اندازه اثر ۰.۱۸ مشخص است که تاثیر مداخلات درمانی در شاخص-های شناختی معنادان بهبود یافته دارای نشانه‌های افسردگی قدرتمند است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری جهت بررسی تاثیر مداخله درمانی بر میزان نمرات متغیر پژوهش

متغیر	عامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزور اتا
شاخص‌های شناختی	زمان	۱۸۷.۲۶۷	۱	۱۸۷.۲۶۷	۲۳.۸۲۰	۰.۰۰۰	۰.۴۶۰
زمان* گروه		۱۱۷.۶۰۰	۱	۱۱۷.۶۰۰	۱۴.۹۵۸	۰.۰۰۱	۰.۳۴۸
خطا		۲۲۰.۱۳۳	۲۸	۷.۸۶۲			
گروه		۴۵۷.۸۷۸	۱	۴۵۷.۸۷۸	۱۵.۳۸۱	۰.۰۰۱	۰.۳۵۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثرات اصلی عضویت گروهی در گروه-های نمونه در مجموع، از نظر نمرات متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری را نشان می‌دهند ($P<.05$). به عبارت دیگر مداخله درمانی موجب افزایش نمرات متغیرهای پژوهش گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بررسی فرضیه دوم: بین شاخص‌های هیجانی معتادان بهبودیافته دارای نشانه‌های افسردگی، در سه گروه معاددرمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

روش آماری تحلیل اندازه‌گیری مکرر باید به آن دقت کرد این است که در این تحلیل برای بررسی اثربخشی مداخله به تعامل عامل گروهی و مکرر مراجعه می‌شود. در صورتی که این تعامل معنی دار باشد به این معناست که مداخله مورد نظر بر روی متغیر وابسته یا ملاک اثربخشی لازم را داشته است.

جدول ۵. خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس فرضیه دوم

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ایتا
عامل زمانی	۱۱۷۵.۷۵۶	۲	۱۶۷/۱۵۸	۸۱.۴۷۰	۰.۰۰۰	۰.۷۴۴
مفروضه کرویت	۱۱۷۵.۷۵۶	۱.۷۲۱	۶۸۳.۴۷۰	۸۱.۴۷۰	۰.۰۰۰	۰.۷۴۴
گرین هاوز-کایزر	۱۱۷۵.۷۵۶	۱.۸۸۹	۶۲۲.۴۳۰	۸۱.۴۷۰	۰.۰۰۰	۰.۷۴۴
هیون-فلت	۱۱۷۵.۷۵۶	۱.۰۰۰	۱۱۷۵.۷۵۶	۸۱.۴۷۰	۰.۰۰۰	۰.۷۴۴
دامنه پایین تر	۱۱۷۵.۷۵۶	۲	۱۳۳/۵۰۸	۲۸.۹۷۵	۰.۰۰۰	۰.۵۰۹
عامل تعامل	۴۱۸.۱۵۶	۱.۷۲۱	۲۴۲.۹۲۶	۲۸.۹۷۵	۰.۰۰۰	۰.۵۰۹
مفروضه کرویت	۴۱۸.۱۵۶	۱.۸۸۹	۲۲۱.۳۶۶	۲۸.۹۷۵	۰.۰۰۰	۰.۵۰۹
گرین هاوز-کایزر	۴۱۸.۱۵۶	۱.۰۰۰	۴۱۸.۱۵۶	۲۸.۹۷۵	۰.۰۰۰	۰.۵۰۹
هیون-فلت	۴۱۸.۱۵۶	۵۶	۷.۲۱۶	۲۸.۹۷۵	۰.۰۰۰	۰.۵۰۹
دامنه پایین تر	۴۱۸.۱۵۶	۴۸.۱۹۷	۸.۳۸۴	۲۸.۹۷۵	۰.۰۰۰	۰.۵۰۹
خطا	۴۰۴.۰۸۹	۵۲۸۹۱	۷.۶۴۰			
مفروضه کرویت	۴۰۴.۰۸۹	۲۸.۰۰۰	۱۴.۴۳۲			
گرین هاوز-کایزر	۴۰۴.۰۸۹					
هیون-فلت	۴۰۴.۰۸۹					
دامنه پایین تر	۴۰۴.۰۸۹					

مطابق با نتایج گزارش شده در جدول ۵ مشخص است تمام آزمون‌های چندمتغیره حاکی از معنی‌داری واریانس عامل تعامل گروه و عامل مکرر است (برای مثال مجموع مجذورات با فرض تصحیح گرین هاوز-کایزر برای تعامل عامل زمان و عامل مکرر برابر با ۴۱۸.۱۵۶ است که $F_{(1.72, 48.19)} = 28.97$ است).

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری جهت بررسی تاثیر مداخله درمانی بر میزان نمرات متغیر پژوهش

متغیر	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور ایتا
شاخص‌های هیجانی	زمان	۳۶۵.۰۶۷	۱	۳۶۵.۰۶۷	۴۲.۹۷۳	۰.۰۰۰	۰.۶۰۵
	زمان*گروه	۲۰۹.۰۶۷	۱	۲۰۹.۰۶۷	۲۴.۶۱۰	۰.۰۰۰	۰.۴۶۸
	خطا	۲۳۷.۸۶۷	۲۸	۸.۴۹۵			
	گروه	۷۴۵.۳۴۴	۱	۷۴۵.۳۴۴	۱۶.۴۱۲	۰.۰۰۰	۰.۳۷۰

نتایج حاصله در جدول ۶ نشان می‌دهد که اثرات اصلی عضویت گروهی در گروه‌های نمونه در مجموع، از نظر نمرات متغیرهای پژوهش تفاوت

دوره دوم، شماره سوم

معناداری را نشان می‌دهند ($P < 0.05$). به عبارت دیگر مداخله درمانی موجب افزایش نمرات متغیرهای پژوهش گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

در جدول زیر نتیجه آزمون‌های درون آزمودنی برای بررسی فرضیه سوم پژوهش گزارش شده است. آن چیزی که در تحلیل فرضیه‌های مربوط به روش آماری تحلیل اندازه‌گیری مکرر باید به آن دقت کرد این است که در این تحلیل برای بررسی اثربخشی مداخله به تعامل عامل گروهی و مکرر نشانه‌های افسردگی، در سه گروه معنادرمانی و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

مراجعه می‌شود. در صورتی که این تعامل معنی‌دار باشد به این این معناست که مداخله موردنظر بر روی متغیر وابسته یا ملاک اثربخشی لازم را داشته است.

جدول ۷. خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس فرضیه سوم

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجزور ایتا
عامل زمانی	۵۰۷.۲۶۷	۲	۲۵۳.۶۳۳	۲۱.۸۷۲	۰.۰۰۰	۰.۴۳۹
مفروضه کرویت	۵۰۷.۲۶۷	۱.۶۶۱	۳۰۵.۳۷۹	۲۱.۸۷۲	۰.۰۰۰	۰.۴۳۹
گرین هاوس- کایزر	۵۰۷.۲۶۷	۱.۸۱۶	۲۷۹.۳۲۲	۲۱.۸۷۲	۰.۰۰۰	۰.۴۳۹
هیون-فلت	۵۰۷.۲۶۷	۱.۰۰۰	۵۰۷.۲۶۷	۲۱.۸۷۲	۰.۰۰۰	۰.۴۳۹
دامنه پایین تر	۳۳۱.۳۵۶	۲	۱۶۵.۶۷۸	۱۴.۲۸۷	۰.۰۰۰	۰.۳۳۸
عامل تعامل	۳۳۱.۳۵۶	۱.۶۶۱	۱۹۹.۲۷۹	۱۴.۲۸۷	۰.۰۰۰	۰.۳۳۸
زمان و مکرر	۳۳۱.۳۵۶	۱.۸۱۶	۱۸۲.۴۵۸	۱۴.۲۸۷	۰.۰۰۰	۰.۳۳۸
گرین هاوس- کایزر	۳۳۱.۳۵۶	۱.۰۰۰	۳۳۱.۳۵۶	۱۴.۲۸۷	۰.۰۰۱	۰.۳۳۸
هیون-فلت	۶۴۹.۳۷۸	۵۶	۱۱.۵۹۶			
دامنه پایین تر	۶۴۹.۳۷۸	۴۶.۵۱۱	۱۳.۹۶۲			
خطا	۶۴۹.۳۷۸	۵۰.۸۵۰	۱۲.۷۷۱			
مفروضه کرویت	۶۴۹.۳۷۸	۲۸.۰۰۰	۲۳.۱۹۲			
گرین هاوس- کایزر						
هیون-فلت						
دامنه پایین تر						

مطابق با نتایج گزارش شده در جدول ۷ مشخص است تمام آزمون‌های چندمتغیره حاکی از معنی‌داری واریانس عامل تعامل گروه و عامل مکرر است (برای مثال مجموع مجزورات با فرض تصحیح گرین هاوس-کایزر برای تعامل عامل زمان و عامل مکرر برابر با ۳۳۱.۳۵۶ است که $F(1.661, 46.511) = 14.287$).

با توجه به اندازه اثر ۰.۳۳ مشخص است که تاثیر مداخلات درمانی در شاخص‌های معنوی معتادان بهبودیافته دارای نشانه‌های افسردگی قدرتمند است.

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری جهت بررسی تاثیر مداخله درمانی بر میزان نمرات متغیر پژوهش

متغیر	عامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزور اتا
شاخص‌های معنوی	زمان	۱۸۷.۲۶۷	۱	۱۸۷.۲۶۷	۱۲.۱۹۲	۰.۰۰۲	۰.۳۰۳
زمان* گروه		۸۱.۶۶۷	۱	۸۱.۶۶۷	۵.۳۱۷	۰.۰۲۹	۰.۱۶۰
خطا		۴۳۰.۰۶۷	۲۸	۱۵.۳۶۰			
گروه		۵۰.۸۸۴۴	۱	۵۰.۸۸۴۴	۶.۴۲۵	۰.۰۱۷	۰.۱۸۷

نتایج حاصله در جدول ۸ نشان می‌دهد که اثرات اصلی عضویت گروهی در گروه‌های نمونه در مجموع، از نظر نمرات متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری را نشان می‌دهند ($P < 0.05$). به عبارت دیگر مداخله درمانی موجب افزایش نمرات متغیرهای پژوهش گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که معنادرمانی به طور معناداری باعث بهبود شاخص‌های شناختی، هیجانی و معنوی در معنادان بهبودیافته دارای نشانه‌های افسردگی شد. تحلیل‌های کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره حاکی از آن بود که گروه معنادرمانی نسبت به گروه کنترل و حتی نسبت به گروه مداخله دوم (درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی) در هر سه متغیر وابسته عملکرد بهتری داشته است. این یافته نشان می‌دهد که معنادرمانی نه تنها در کاهش نشانه‌های منفی افسردگی مؤثر است، بلکه به ارتقاء مؤلفه‌های مثبت روانی مانند معنا، امید و تنظیم هیجانات نیز کمک می‌کند.

در خصوص شاخص‌های شناختی، یافته‌ها بیانگر این است که معنادرمانی به شکلی قابل توجه باعث کاهش الگوهای شناختی ناسازگارانه نظیر سرزنش خود، نشخوار ذهنی و فاجعه‌پنداری شده است. این نتیجه با دیدگاه فرانکل که بر بازسازی معنای زندگی به عنوان ابزاری برای تغییر ادراکات شناختی تأکید دارد، همسوست (Tahmasebi Pour, 2020). پژوهش Lee نیز نشان داد که تنظیم شناختی هیجان تحت تأثیر مؤلفه‌های شخصیتی و معنایی قابل تغییر است و با مداخله مناسب می‌توان سازگاری شناختی را افزایش داد (Lee & Chae, 2019). همچنین یافته حاضر با نتایج پژوهش Zakeri که اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی فرایندی را بر بهبود پریشانی شناختی تأیید کرده بود، مطابقت دارد (Zakeri et al., 2017).

در زمینه شاخص‌های هیجانی، نیز نتایج نشان داد معنادرمانی توانسته است به طرز معناداری راهبردهای هیجانی انطباقی را در افراد افزایش دهد و از شدت هیجانات منفی بکاهد. یکی از دلایل اصلی این یافته را می‌توان در تمرکز معنادرمانی بر ایجاد خودآگاهی، پذیرش مسئولیت و تأکید بر اهداف معنادار جستجو کرد. براساس مدل مطرح‌شده در پژوهش Rosendahl، انسجام گروهی و مشارکت فعال در فرایند درمان گروهی، بر خودتنظیمی هیجانات اثرگذار است (Rosendahl et al., 2021). از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌های داخلی نیز این یافته را تأیید می‌کند؛ برای نمونه، در پژوهش Haqdoust معنادرمانی به کاهش اضطراب مرگ و فاجعه‌پنداری در بیماران مبتلا به سرطان منجر شد (Haqdoust et al., 2021)، که نشان می‌دهد این رویکرد در شرایط بحرانی هیجانی نیز مؤثر است.

درباره مؤلفه سلامت معنوی، یافته‌ها حاکی از آن بود که معنادرمانی توانسته است سلامت معنوی (شامل مؤلفه‌های مذهبی و وجودی) را به طور معناداری ارتقاء دهد. معنادرمانی با تکیه بر ارزش‌های فردی، بازشناسی اهداف زندگی و کمک به پذیرش رنج به عنوان بخشی از تجربه انسانی، بستری برای بازتعریف معنا و هدف در زندگی فراهم می‌سازد. مطابق با گزارش Omidvari، سلامت معنوی به عنوان بعد چهارم سلامت انسانی، نقش حیاتی در مقابله با بحران‌های روانی دارد (Omidvari, 2023). همچنین پژوهش Azerbaijani نیز نشان می‌دهد که بازسازی معنای زندگی، به ویژه پس از تجربه ترک اعتیاد، نقش حفاظتی در برابر بازگشت به رفتارهای پرخطر ایفا می‌کند (Azerbaijani, 2023). یافته‌های پژوهش Mostafapour نیز مؤید این مسئله است که معنادرمانی در کاهش اضطراب مرگ و تنهایی در سالمندان تأثیر مثبت دارد (Mostafapour et al., 2018).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با دیدگاه‌های مطرح‌شده در روانشناسی مثبت وجودی هم‌خوانی دارد. Wong در مدل تلفیقی معنادرمانی، بر ارتقاء

(Dastaki & Mahmudi, 2024). همچنین، پژوهش Basharpour نشان داد که حساسیت‌های پردازش اطلاعات در معتادان می‌تواند با الگوهای تنظیم شناختی و هیجانی پیوند داشته باشد، بنابراین مداخله‌هایی مانند معنادرمانی می‌توانند این الگوها را تعدیل کنند (Basharpour & Rahbari Ghazani, 2020).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. اول اینکه جامعه آماری فقط شامل مردان بهبودیافته از اعتیاد در شهرکرد بوده است و تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی یا زنان با احتیاط انجام شود. دوم اینکه پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی انجام شده و به‌رغم کنترل برخی متغیرها، امکان وجود متغیرهای مداخله‌گر همچون سابقه اعتیاد، نوع ماده مصرفی یا تجربه‌های درمانی پیشین باقی می‌ماند. همچنین، پیگیری نتایج فقط به مدت ۳ ماه انجام شد و نمی‌توان درباره پایداری بلندمدت اثر معنادرمانی اظهار نظر قطعی داشت.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده در سطح گسترده‌تر و با نمونه‌هایی متنوع‌تر از نظر جنسیت، گروه سنی و سابقه درمانی انجام شود. همچنین، می‌توان اثر معنادرمانی را در کنار سایر روش‌های درمانی (مانند درمان شناختی-رفتاری یا مبتنی بر ذهن‌آگاهی) به صورت ترکیبی بررسی کرد. طراحی پژوهش‌های کیفی با تمرکز بر تجربه زیسته مراجعان نیز می‌تواند به درک عمیق‌تری از نحوه تأثیر معنادرمانی بر ابعاد مختلف روان انسان منجر شود. افزون بر این، انجام پیگیری‌های بلندمدت یک‌ساله یا دوساله می‌تواند به ارزیابی پایداری اثرات درمان کمک کند.

مراکز مشاوره و ترک اعتیاد می‌توانند از نتایج این پژوهش برای طراحی برنامه‌های درمانی مبتنی بر معنادرمانی استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود که روانشناسان بالینی و مشاوران در دوره‌های آموزشی مرتبط با معنادرمانی آموزش ببینند تا بتوانند این رویکرد را در کار با مراجعان دچار افسردگی و

جنبه‌های مثبت انسان مانند خودآگاهی، خودشفقتی، و رشد فردی تأکید می‌کند و معتقد است که معنادرمانی تنها ابزار مقابله با رنج نیست، بلکه مسیری برای شکوفایی درون است (Wong, 2019؛ Wong, 2020 #211876). از این منظر، یافته‌های ما تأییدی است بر این دیدگاه که معنادرمانی می‌تواند نه تنها افسردگی را کاهش دهد، بلکه به بازسازی فردی و اجتماعی منجر شود. در سطح جهانی نیز تلاش‌هایی برای افزایش اثربخشی معنادرمانی از طریق فناوری‌های نوین انجام شده است. در پژوهش Schaeuffele و همکاران، ماژول‌های درمانی آنلاین برای ارتقاء معنادرمانی در مراقبت‌های روتین معرفی شده‌اند که امکان انتقال‌پذیری و صرفه‌جویی منابع را فراهم می‌کنند (Schaeuffele et al., 2022). همچنین، مطالعه Larissa تأکید می‌کند که مداخلات غیردارویی مانند معنادرمانی در کنار درمان‌های دارویی، تصمیم‌گیری بیماران را در انتخاب روش‌های درمانی بهبود می‌بخشد (Larissa et al., 2020).

در این میان، برخی مطالعات داخلی نیز به‌طور ویژه بر اثربخشی معنادرمانی در موقعیت‌های بحرانی تأکید کرده‌اند. برای مثال، پژوهش Mamshali نشان داد که معنادرمانی منجر به کاهش معنادار اضطراب مرگ در بیماران سرطانی شده است (Mamshali & Aloustani, 2020). همچنین پژوهش Amiri نیز بیان می‌دارد که معنادرمانی گروهی می‌تواند به بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، از جمله امید و معنا در زندگی، در افراد دارای اختلالات روانی کمک کند (Amiri et al., 2020). این موارد، یافته‌های پژوهش حاضر را در بستر پژوهش‌های ملی نیز تثبیت می‌کند.

در نهایت، یافته‌های این مطالعه در پرتو پژوهش Karimi Dastaki نیز قابل تبیین است. وی اثربخشی کارگاه‌های معنای زندگی را در بهبود تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در دانشجویان تأیید کرد که نشان می‌دهد معنادرمانی می‌تواند در گروه‌های سنی و روانی متفاوت نیز به کار رود (Karimi).

- Amiri, M., Dehdar, M., & Amiriyani, M. (2020). Investigating the approach of meaning therapy as a group rehabilitation counseling method. *Arts and Humanities*, 5(4), 41-48. <https://ensani.ir/fa/article/429885/>
- Azerbaijani, M. (2023). *Spiritual health*. Tehran: Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran.
- Bakhtiari, N., & Bashardoust, S. (2021). The relationship between quality of life and depression with the mediating role of existential health among employees in Tehran during the COVID-19 pandemic. *Quarterly Journal of Innovative Psychological Ideas*, 10(14), 1-12. <https://jnip.ir/article-1-598-fa.html>
- Basharpour, S., & Rahbari Ghazani, N. (2020). The relationship between sensory processing sensitivity and information processing styles with clinical syndromes in substance-dependent individuals. *Quarterly Journal of Addiction Research*, 14(57), 293-309. <https://doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.57.293>
- Haqdoust, M. R., Saraj Khorami, N., & Makundi, B. (2021). Investigating the effectiveness of meaning therapy on death anxiety, catastrophic pain perception, pain acceptance, and pain severity in patients with prostate cancer. *Journal of Jundishapur Medical Sciences*, 20(3), 216-225. <https://doi.org/10.32598/JSMJ.20.3.2538>
- Karimi Dastaki, A., & Mahmudi, M. (2024). The Effectiveness of Life Meaning Workshops on Resilience, Negative Affect, and Perceived Social Support in Students. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 187-197. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.448984.1063>
- Larissa, J., Mooneya, B., Valdeza, J., Sarah, J., Cousinsa, C., Yooa, C., Zhua, Y., & Hser, Y. (2020). Patient decision aid for medication treatment for opioid use disorder (PtDAMOD): Rationale, methodology, and preliminary results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108, 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.08.006>
- Lee, S. J., & Chae, H. (2019). Is the Cognitive Emotion Regulation strategy related to Yin-Yang personality traits? *European Journal of Integrative Medicine*, 26, 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.01.004>
- Mamshali, L., & Aloustani, S. (2020). Investigating the impact of meaning therapy on death anxiety in cancer patients at 5 Azar Hospital in Gorgan. *Quarterly Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 6(2), 107-114. <https://ijrn.ir/article-1-513-fa.html>
- Mostafapour, V., Mo'tamedi, A., & Farokhi, H. (2018). The effectiveness of group meaning therapy on feelings of loneliness and death anxiety in elderly women. *Women and Culture*, 10(36), 23-36. https://journals.iau.ir/article_542472.html
- Nemati Sogoli Tepe, F., Shahmardi, S., Rahimi, F.-s., & Khalidiyan, M. (2020). Investigating the influencing factors on drug abuse and addiction from a grounded theory approach. *Quarterly Journal of Addiction Research*, 14(57), 11-34. <https://doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.57.11>
- O'Hara, D. (2023). The Power Threat Meaning Framework and Self-Discrepancy Theory: Complementary Perspectives. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 11(2). <https://doi.org/10.59158/001c.88063>
- Omidvari, S. (2023). Spiritual health: Concepts and challenges. *Sepideh Weekly*. <https://sid.ir/paper/449518/fa>

وابستگی به مواد به کار گیرند. همچنین، طراحی کارگاه‌های گروهی معنای زندگی در مراکز بازتوانی می‌تواند به ایجاد انسجام روانی، تقویت احساس هدفمندی، و ارتقاء سلامت معنوی بیماران کمک کند. استفاده از فضای مجازی برای ارائه ماثول‌های معنادرمانی در قالب آموزش از راه دور نیز می‌تواند ابزار مناسبی در شرایط بحران یا محدودیت‌های دسترسی باشد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

این پژوهش با کد اخلاق IR.SKUMS.REC.۱۴۰۲.۱۱۲ در کمیته پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی وحد بیرجند به تصویب رسیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

References

- Ali Mohammadi, M., Sharifi Daramad, P., & Noohi, S. (2020). Developing a group meaning therapy educational program and examining its effectiveness on existential anxiety in female patients with metabolic syndrome. *Quarterly Journal of Family and Health*, 10(2), 77-98. <https://civilica.com/doc/1377580/>

- Rosendahl, J., Cameron, T., Alldredge, B., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Recent Developments in Group Psychotherapy Research. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- Sadeghi, R., Soudani, M., & Gholamzadeh Jafreh, M. (2020). The effectiveness of self-compassion-focused training on reducing negative emotions and improving quality of life in substance-dependent individuals. *Quarterly Journal of Addiction Research*, 14(57), 131-150. <https://doi.org/10.29252/etiadjah.14.57.131>
- Schaeuffele, C., Heinrich, M., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Zagorscak, P., Jansen, A., Pohl, S., Boettcher, J., & Knaevelsrud, C. (2022). Increasing the effectiveness of psychotherapy in routine care through blended therapy with transdiagnostic online modules (PsyTOM): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06757-0>
- Tahmasebi Pour, N. (2020). Meaning therapy: From theory to practice from Frankl's perspective. *Existential Research*, 9(18), 499-522. https://orj.sru.ac.ir/article_1518.html
- Wong, P. T. P. (2019). Meaning Therapy: An Integrative and Positive Existential Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 85-93. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9132-6>
- Wong, P. T. P. (2020). Existential positive psychology and integrative meaning therapy. *International review of psychiatry*, 32(7), 565-578. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1814703>
- Zakeri, M., Hasani, J., & Ismaili, N. (2017). The effectiveness of process-oriented emotion regulation training on psychological distress in individuals with vitiligo. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 6(23), 27-39. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4260.html
- Zeledona, I., Westb, A., Antonyc, V., Tellesd, V., Begaya, C., Hendersona, B., Jennifer, B., & Claradina, S. (2020). Statewide collaborative partnerships among American Indian and Alaska Native (AI/AN) communities in California to target the opioid epidemic: Preliminary results of the Tribal Medication Assisted Treatment (MAT) key informant needs assessment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108, 9-19. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.04.003>