

اثربخشی شفقت درمانی و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش سازگاری خانواده‌های افراد معتاد شهر اصفهان

ناهید صالحیان^۱

مهدی خورش^۲

لیلا رفیعی^۳

چکیده

هدف این پژوهش، اثربخشی شفقت درمانی و معنادرمانی در کاهش افسردگی و افزایش سازگاری خانواده‌های افراد معتاد شهر اصفهان بود. روش پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه همسران افراد مبتلا به اعتیاد که به مرکز ترک اعتیاد "بارش مهر" شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. اعضای نمونه این پژوهش ۴۵ نفر بودند که در سه گروه آزمایش شفقت درمانی (۱۵ نفر) و گروه آزمایش معنادرمانی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. متغیرهای مستقل شفقت درمانی مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت (۸ جلسه) و معنادرمانی مبتنی بر طرح درمانی فرانکل (۱۰ جلسه) بود که در گروه‌های آزمایش انجام شد و در گروه گواه مداخله‌ای انجام نشد. این پروتکل‌ها توسط محقق مقاله در سال ۱۴۰۰ تنظیم و گردآوری شده بود. پرسشنامه‌های مورد استفاده محقق در این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه سازگاری زناشویی (DAS) بود. از روش آماری تحلیل کواریانس برای ارزیابی نتایج به وسیله نرم افزار SPSS27 استفاده شد. نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که آموزش شفقت درمانی ($P < 0/01$) و معنادرمانی ($P < 0/05$)، بر کاهش افسردگی و افزایش سازگاری تأثیر معناداری داشته‌اند.

واژه‌گان کلیدی: شفقت درمانی، معنادرمانی، افسردگی، سازگاری خانواده‌های افراد معتاد.

۱- کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، ایران. (نویسنده مسئول)
golisalehian@gmail.com

۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، ایران.

۳- کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، ایران.

مقدمه

اعتیاد^۱ یک بیماری است که در آن بیمار رفتاری که عوارض وخیمی دارد را متداوماً تکرار می‌کند. این بیماری با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتار-پاداش^۲ باعث تکرار آن رفتار می‌گردد. بیماری اعتیاد مدارهای عصبی مربوط به نظام پاداش، انگیزش^۳ و حافظه^۴ را در مغز دچار اختلال کرده، و اختلال در این سیستم‌ها در مغز باعث بروز عوارض بیولوژیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و روحی می‌گردد. بررسی اعتیاد به عنوان عارضه‌ای روانی، اجتماعی و اقتصادی از دیدگاه علوم پزشکی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی و همین‌طور از دیدگاه‌های فلسفه، قانون، اخلاق و مذهب صورت می‌گیرد. وابستگی به مواد، یا عادت‌های ناهنجار، یک اختلال روان پزشکی و روان‌شناسی بوده که از یک سو، معنای لغت خوشبختی را در زندگی فرد و خانواده او از بین می‌برد و از سوی دیگر آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی بیشماری را به همراه دارد (مراد قربانی و همکاران، ۱۴۰۰). بار مرتبط با وابستگی به مواد در کشور بعد از سوانح و حوادث، بیماری‌های قلبی و عروقی و افسردگی در جایگاه چهارم طبقه‌بندی بیماری‌ها قرار دارد. این واقعیت‌ها نشان می‌دهند تأمین درمان اختلالات مصرف مواد در ارتقای سلامت جامعه اهمیت بالایی دارد. از طرفی روش درمان اصلی در مصرف محرکها و یکی از اجزاء مهم درمان در مصرف مواد افیونی درمانهای غیر دارویی و روان درمانی است. (نخعی، شمسی، ۱۴۰۰)

تأثیر اعتیاد بر خانواده فرد معتاد، موجب سرکوب احساس شادی و طروات اعضای خانواده می‌شود. تأثیر اعتیاد بر همسر و فرزندان، بی‌اعتمادی شدید همسر و احساس ناامنی در فرزندان را به همراه دارد. هر چه شدت این بلای خانمان سوز بیشتر می‌شود، آثار آن بر خانواده فرد معتاد نیز بیشتر نمایان می‌گردد. معمولاً زمانی خانواده فرد بیمار متوجه اعتیاد شخص می‌شوند که فرد به طور کامل در اعتیاد غرق شده است. وخامت این بیماری خانمان

1. Addiction.

2. Behavior-reward system.

3. Motivation.

4. Memory.

سوز زمانی آغاز می شود که، تمام فکر و ذکر فرد معتاد، خرید و مصرف مواد می شود و به مرور بیمار از دامن خانواده دور و به اعتیاد نزدیک و وابسته تر می شود (ولی الهی، ۱۳۹۹). اهمیت خانواده به اندازه ای است که سلامت و بالندگی هر جامعه وابسته به سلامت و رشد خانواده در آن است. هر خانواده وضعیت و فضای عاطفی منحصر به فرد دارد و روش اداره و نوع عملکرد آنها با یکدیگر متفاوت است، برای همین دانشمندان و صاحب نظران تقسیم بندی های مختلفی از خانواده ارائه می دهند. تعاملات درون خانواده یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده سلامت روانی است. ممکن است عواملی در راه اندازی علائم و تسهیل بروز افسردگی دخیل باشند. در اکثر موارد فرد معتاد بخاطر ناهنجاری های رفتاری و تغییر رویه زندگی، از خانواده طرد شده و در جامعه برای تأمین مواد دست به بزه کاری می زند. اعتیاد آسیب های جسمی، روحی روانی فراوانی نیز به خود فرد وارد می آورد که در صورت عدم درمان صحیح و به موقع، جبران ناپذیر است (دشتی، ۱۳۹۹).

از سوی دیگر افسردگی^۱ یکی از شایعترین بیماریهای روانی است، و ممکن است یکی از عوامل تأثیرگذار در اعتیاد باشد. افسردگی، عبارت است از تغییراتی در خلق به صورت بی علاقه‌گی به فعالیت هایی که معمولاً ناخوشایند هستند و کاهش علاقه به فعالیت ها و زندگی روزمره (هافمن، ۲۰۲۱، به نقل از مراد قربانی، ۱۴۰۲). هر یک از اعضای خانواده زمانی که با فرد معتاد رو به رو می شوند در هنگام مواجهه با او روش های خاصی را به کار می گیرند بسیاری از آن ها احتمال دارد نیاز های احساسی و روانی خود را نادیده بگیرند و برای این که بحث و مشاجره در میان آن ها به وجود نیاید ترجیح می دهند که رفتار های دردرساز فرد معتاد را تحمل کنند و آن ها را توجیه کنند به کارگیری این روش ها به مرور زمان باعث می شود تا بر روی سبک زندگی افراد خانواده تاثیر بگذارد و جزئی از سبک زندگی آن ها شود. در خانواده ای که فرد معتاد وجود دارد سبک زندگی به گونه ای تغییر می کند که تمام تمرکز و نگرانی ها بر روی فرد معتاد می باشد (ملکان، ۱۳۹۹).

اعتیاد سرپرست خانواده از بدترین اشکال این بیماری است که بر همه ی اعضای خانواده ی فرد معتاد، اثرات مخربی بر جای می گذارد. همسر و فرزندان افراد معتاد، امید به زندگی خود

^۱ . Depression.

را از دست می دهند و حالات هیجانی منفی مانند اندوه، احساس تنهایی، شرم و عدم امنیت روانی بر زندگی روزمره ی آن ها معمولاً تسلط دارد. این افراد ممکن است به دلیل این مشکل و بازخوردهای منفی از جانب اجتماع به رفتارهای انزواجویانه روی آورند و بسیار مستعد خلق افسرده باشند (هالفورد^۱، ۲۰۰۱).

با توجه به آنچه که تا به اینجا بیان شد می توان نتیجه گیری کرد که افسردگی بیشتر از اختلالات روانی دیگر در بین معتادین رواج دارد، بین اختلالات روانی ازجمله افسردگی و ابتلاء به اعتیاد در خانواده‌های معتاد روابط معناداری وجود دارد. فرد افسرده در کارکردهای اولیه ی جسمی، ممکن است دچار اشکال شود. اشتها کم می گردد و تمایل جنسی از بین می رود و خطرناک تر از همه اینکه به نظر می رسد با گذشت زمان، هیچ سرانجامی برای این حالت وجود ندارد و در نتیجه، ناامیدی زیاد می شود و ممکن است به آرزوی مرگ و افکار خودکشی منجر گردد (هاوتون، کرک، کلارک، قاسم زاده، ۱۴۰۱). انسانی که زندگی خود را فاقد معنی می داند صرفاً ناخشنود نیست، بلکه فردی است که به دشواری با زندگی کنار می آید که اساس مشکلات انسان امروزی، شکست در معنا دادن به زندگی، فقدان ارزش ها یا خلاء وجودی است که می تواند منجر به افسردگی گردد (افکانه و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین ملاحظه می گردد که افسردگی معمولاً جنبه های مختلف سازگاری فرد در زمینه های مختلف را تحت تأثیر قرار دهد و نیاز به پژوهش در باب آن در خانواده اهمیت وافری دارد و گرچه پژوهش ها اهمیت آن را نشان داده است.

از آنجایی که افسردگی بر روی جنبه های مختلف سازگاری فرد موثر است، در نتیجه میتوان سازگاری را یکی از مهمترین مؤلفه های سلامت روان محسوب نمود که در دهه های اخیر توجه بسیاری از جامعه شناسان و روانشناسان را به خود جلب کرده است. هرچه میزان سازگاری افراد یک جامعه، بالاتر باشد، سلامت جامعه نیز بالاتر خواهد بود. سازگاری، طیف گسترده ای دارد و جنبه هایی چون خانواده، همسالان و اجتماع را در بر می گیرد که در رأس

1. Halford.

2. Keith Houghton, Paul Salkowskis, Joan Kirk, Clark.

3. Compatibility.

همه ی آن ها سازگاری اجتماعی قرار دارد. انجمن روانپزشکی آمریکا سازگاری اجتماعی را چنین تعریف می کند: هماهنگ ساختن رفتار به منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح تکانه ها، هیجانات یا نگرش می باشد. حال اگر به هر علتی فرد از برقراری ارتباط با دیگران و محیط اجتماعی خود ناتوان باشد، یا به عبارتی جریان سازگاری مختل شود، رفتارهای ناسازگارانه یا همان ناسازگاری اجتماعی بوجود می آید. افراد سازگار، قادر به انطباق موثر با نیازهای زندگی هستند، اما افراد ناسازگار یا با سازگاری منفی راهبردهای انطباقی نامناسب دارند و یا فاقد مهارت های انطباقی لازم می باشند (بوگ، نوه سی، رنجبر، ۱۳۹۹). پژوهشهای بسیاری نشان داده است که بین مصرف مواد و بهداشت روانی، انواع اختلالات و ناسازگاری ها رابطه وجود دارد از جمله این پژوهش ها بیان می کنند که استرس به عنوان یکی از علل گرایش به مصرف مواد مخدر است سوء استفاده از الکل وحشیش بروی سازگاری علی الخصوص سازگاری اجتماعی و روانی تاثیر می گذارد (لیرود ووردوکس، ۲۰۰۰). با توجه به اهمیت متغیرهای افسردگی و ناسازگاری در سلامت روان، تاکنون مداخلات مختلفی برای بهبود این متغیرها طراحی شده است و مطمئناً مداخلات بسیاری نیز هستند که می توانند به طور بالقوه دارای اثرات مثبتی بر این مسائل باشند که از جمله ی آن ها می توان به شفقت درمانی^۱ و معنا درمانی^۲ اشاره کرد.

شفقت درمانی و معنا درمانی دو رویکرد درمانی هستند که به نظر می رسد دارای توان بالقوه ی مناسبی برای توانمند سازی جمعیت تحت فشار و آسیب پذیری همچون خانواده های افراد دارای اعتیاد می باشند و باتوجه به اهمیت سازمان خانواده به عنوان یک سیستم تأثیرگذار بر همه ی ابعاد فردی و اجتماعی انسان و با توجه به آمار بالای افسردگی، طلاق و ناسازگاری ومشکلات خانوادگی در ایران، و اینکه این جمعیت با یک مشکل واقعی و مزمن یعنی اعتیاد همسر یا فرزند روبه رو هستند، و ضروری است تا اثربخشی مداخلاتی مانند شفقت درمانی و معنا درمانی که صرف نظر از شرایط استرس زای بیرونی می توانند از طریق تغییرات درونی، منجر به بهبود سلامت روان افراد شوند، در این جمعیت مورد بررسی قرار بگیرند.

۱. Compassion therapy.

۲. Logotherapy.

جیمز سی. کرونباخ^۱ (۱۹۷۳) معناتحلیل گری را به منظور کاربرد عملی مرحله به مرحله اصول معنادرمانی فرانکل^۲ ابداع نمود که در آن با فعالیت های عینی از افراد خواسته می شود تا معنا و قصد خود را در زندگی بیابند. کرونباخ اصطلاح تحلیل را به جای درمان برگزید چرا که می خواست نشان دهد شرکت کنندگان در معناتحلیل گری لزوما نباید بیمار روانی باشند. معنا درمانی روشی از رویکرد وجودی است که زمینه ی فلسفی و نظری عالی برای کار گروهی فراهم می آورد. معنادرمانی می تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش با یافتن معنا در زندگیشان پیدا کند. این شیوه روی ۴ علاقه ی مهم که ریشه در هستی انسان دارد تاکید می کند. مرگ، آزادی، تنهایی و بی معنایی. روند کلی از معناتحلیل گری گروهی که در زیر ارائه شده است بر اساس کار های هوتزل^۳ (۲۰۰۲) می باشد. این طرح حاصل تجارب صورت گرفته با درمانجویان گوناگون در طی سال های متمادی است.

و در نهایت مداخله دیگری که با عنوان شفقت درمانی در این پژوهش انجام شده است یک سیستم روان درمانی است که پل گیلبرت^۴ در سال ۲۰۰۰ آن را ابداع و تدوین کرده است. این رویکرد از معروف ترین روان درمانی موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است که تکنیک اصلی درمانی آن آموزش ذهن موشفق می باشد، همراه با تکنیک هایی از رفتاردرمانی شناختی و ایده هایی از روان شناسی تکاملی، روان شناسی اجتماعی، روان شناسی رشد، روان شناسی بودیستی و علوم اعصاب را یکپارچه کرده است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی باپیش آزمون وپس آزمون با استفاده ازگروه کنترل بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل کلیه همسران افراد مبتلا به اعتیاد شهر اصفهان بودند و از جامعه آماری یاد شده از افراد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد " بارش مهر " انتخاب و مطالعه بر روی آنها انجام شد. نمونه ی این پژوهش شامل ۴۵ نفر مراجعه کننده بودند که در سه گروه آزمایش شفقت درمانی

1. James C. Cronbach.

2. Frankel.

3. Hutzel.

4. Paul Gilbert.

(۱۵ نفر) و گروه آزمایش معنادرمانی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. متغیرهای مستقل شفقت درمانی (۸ جلسه) و معنادرمانی (۱۰ جلسه) بود که در گروه های آزمایش انجام شد و در گروه گواه مداخله ای انجام نشد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی DAS

مقیاس سازگاری زنا شویی (اسپانیر، ۱۹۷۶) مقیاس سازگاری زنا شویی ابزاری است که به صورت گسترده در پژوهش های مرتبط با زوج ها مورد استفاده قرار گرفته است (پستین^۲ و دیگران، ۲۰۰۵، به نقل از پورمحمدرضای تجریشی وهمکاران ۱۳۹۳). ۳۲ سؤال دارد برای ارزیابی کیفیت رابطه ی زنا شویی از نظر زن و شوهر یا زوجی به کار می رود که با یکدیگر زندگی می کنند و با محاسبه نمره ی کل، می توان سازگاری کلی در یک رابطه ی صمیمانه را ارزیابی کرد. تحلیل عاملی نشان می دهد این مقیاس ۴ بعد سازگاری، پیوستگی، ابراز محبت، توافق را می سنجد. مقیاس سازگاری زناشویی سه نوع متفاوت رتبه بندی به دست می دهد. دامنه نمره کل بین صفر تا ۱۵۱ است قرار دارد و نمرات بالاتر نشان دهنده سازگاری بهتر است. روایی این مقیاس ابتدا با روش روایی محتوا بررسی شده است. مقیاس سازگاری زناشویی با قدرت تمیز دادن زوج های متأهل و مطلقه در هر سؤال، روایی قابل قبولی را برای گروه های مورد نظر به دست آورده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است (ثنایی، ۱۳۷۹). نمره ی میانگین کل مقیاس سازگاری زناشویی برای افراد متأهل ۱۱۴/۴ با انحراف معیار ۱۷/۸ و برای گروه مطلقه ها ۷۰/۷ با انحراف معیار ۲۲/۸ گزارش شده است (برازنده، صاحبی، امین، یزدی، ۱۳۸۴). آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس سازگاری زناشویی (۰/۹۶) بیان گر،

۱. Spanir.

۲. Postin .

همسانی درونی قابل توجه این مقیاس است. همسانی درونی ابعاد سازگاری، پیوستگی، توافق، و ابراز محبت به ترتیب ۹۴٪، ۸۱٪، ۹۰٪، ۷۳٪ گزارش شده است (ثناپی، ۱۳۷۹؛ پورمحمدرضای تجربی و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه افسردگی بک^۱

پرسشنامه افسردگی بک فرم تجدید نظر شده: پرسشنامه ای ۲۱ ماده ای خود گزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. نمره دهی در طیف چهارگزینه ای از صفر تا سه است. فرد گزینه ای که با حال کنونی او بیشتر سازگار است را علامت می زند. نمره کل از صفر تا ۶۳ تغییر می کند. بک معتقد است فرم تجدید نظر شده می تواند وجود و شدت علایم افسردگی را در بیماران و جمعیت نرمال و همچنین نوجوانان و بزرگسالان نشان دهد. همسانی درونی این ابزار ۷۳٪ تا ۹۲٪ با میانگین ۸۶٪ و برای گروه بیماران ۸۶٪ و غیر بیمار ۸۰٪ گزارش شده است ضریب اعتبار در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۸۱٪ به دست آمد (خالدیان و همکاران، ۱۳۹۲).

شرح جلسات معنادرمانی و شفقت درمانی

۱. معنادرمانی

اهداف، فعالیتها و محتوای جلسات	جلسات
برقراری ارتباط، آشنا کردن شرکت کنندگان با اصول و مقررات و اهداف جلسات، تعیین هدف گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث در مورد اعتیاد و ارایی منشور گروه و قرارداد درمانی.	جلسه اول
بیان مشکل، بحث در مورد اعتیاد و اثرات اعتیاد بر ایجاد اختلالات روانی بیان فشرده ای از مفهوم ها و سرچشمه های بی معنایی و بررسی تطبیقی اصل معنادرمانی در زندگی	جلسه دوم
بازخورد جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه قبل، شرح اصل وجدان و تقویت آن همراه با مثال و گفت و گوی متقابل بین اعضا، دادن تکلیف	جلسه سوم
تشریح بیان هدف در زندگی بعنوان اولین نیاز	جلسه چهارم
بیان ارزشها و بیان سه نظام بنیادی ارزشها	جلسه پنجم

^۱ . Beck depression questionnaire .

جلسه ششم	بازخورد جلسه قبل بحث در مورد مسئولیت، آزادی، احساس خودکارآمدی
جلسه هفتم	بازخورد جلسه قبل، اجرای فن قصدمتناقض و دادن تکلیف منزل و سومین نیازارزش خود
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، خلاصه مباحث گفته شده و جمع بندی نهایی همراه با مثال و گفت‌وگوی متقابل بین اعضا و اجرای پس آزمون و خداحافظی

۲. شفقت درمانی

جلسات	اهداف، فعالیتها و محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و معارفه، بیان انتظارات، بیان اهداف، قوانین گروه توصیف معنادرمانی و شفقت درمانی، انجام پیش آزمون
جلسه دوم	ترسیم نقشه مهربانی، تعریف مهربانی و نامهربانی بیان مرز بین این دو و بیان ویژگی های فرد مهربان انجام تمرین مهربانی کردن به دیگران
جلسه سوم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، ادامه اجرای نقشه مهربانی، تمرین ذهن آگاهی و مولفه های مراقبت از بهزیستی
جلسه چهارم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، تمرین مهربانی با خود و معرفی سه سیستم تنظیم هیجان
جلسه پنجم	دریافت بازخورد، جواب به سوالات، معرفی حساسیت و مؤلفه ها (همدلی، همدردی، حساسیت، بدون قضاوت بودن)
جلسه ششم	معرفی استدلال شفقت آمیز، تمرین مهربانی گرفتن از دیگران
جلسه هفتم	معرفی مؤلفه های التیام (توجه، حس بدنی، احساس، رفتار)
جلسه هشتم	بیان رشد مغز سوم، پخش مجدد پرسشنامه افسردگی بک و سازگاری اسپانیر، بررسی نظرات.

یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی پژوهش

جدول تعداد اعضا نمونه در گروه آموزش و گواه

گروه ها	تعداد
گروه درمانی شفقت	۱۵
گروه معنادرمانی	۱۵
گواه	۱۵
جمع	۴۵

جدول اطلاعات توصیفی

گواه	گروه درمانی معنا	گروه درمانی شفقت		
۳	۴	۳	زیر دیپلم	تحصیلات
۶	۵	۶	دیپلم	
۴	۴	۳	فوق دیپلم	
۲	۲	۳	لیسانس و بالاتر	
۶	۵	۶	بدون فرزند	تعداد فرزند
۶	۷	۵	یک فرزند	
۴	۳	۴	دو فرزند و بیشتر	
۵	۴	۴	کمتر از دو سال	مدت ازدواج
۶	۸	۷	دو تا پنج سال	
۴	۳	۴	پنج سال به بالا	
۳	۴	۳	زیر ۲۳ سال	سن
۸	۷	۸	۲۳ تا ۳۰	
۴	۴	۴	بالای ۳۰ سال	

جدول میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون

سازگاری		افسردگی		گروه ها	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		گواه
۸/۷۹	۸۱/۵۹	۲/۲۸	۱۸/۳۶	پیش آزمون	گواه
۸/۹۳	۸۱/۵۹	۳	۱۸/۳۶	پس آزمون	
۳/۶۶	۶۸/۸۶	۱/۳۵	۱۴/۲۳	پیش آزمون	گروه درمانی شفقت
۷/۰۲	۸۶/۳۵	۱/۴۳	۱۲/۳۲	پس آزمون	
۷/۲۷	۷۸/۶۰	۱/۲۳	۱۵/۳۶	پیش آزمون	گروه معنادرمانی
۸/۳۶	۸۵/۷۴	۱/۲۰	۱۳/۰۶	پس آزمون	

نتایج جدول گویای آن است که تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در مقیاس افسردگی و سازگاری در مرحله پیش آزمون کم بوده در حالی که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین های پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گواه زیاد می باشد. این مطلب نشان دهنده اثر بخش متغیر مستقل (گروه درمانی شفقت و معنادرمانی) بر میزان افسردگی و سازگاری می باشد در حالی که در گروه گواه میانگین تغییر محسوسی نیافته است.

جدول نتایج آزمون لون: بررسی همگنی واریانس ها در شفقت درمانی

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	۰/۸۲	۲	۲۸	۰/۴۶
سازگاری	۰/۳۶	۲	۲۸	۰/۵۳

همان طور که در جدول مشاهده می گردد، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس های گروه های آزمایش و گواه می باشد، در متغیر افسردگی و سازگاری معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس ها دو گروه آزمایش و گواه در متغیر افسردگی و سازگاری تأیید می شود.

جدول نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر شفقت درمانی بر کاهش افسردگی خانواده های افراد معتاد

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۲۸/۴۱	۱	۲۸/۴۱	۱۶/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۵
گروه	۴۸/۳	۱	۴۸/۳	۲۳/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۴۵	۰/۹۸

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، افسردگی ($p \leq ۰/۰۰۰$) تأثیر معنی داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر افسردگی ۹۸ درصد می باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه گواه به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به این که در مقیاس افسردگی پایین بودن نمرات نشان دهنده استقلال و سلامت بیشتر افراد و

بالا بودن نمرات دال بر استقلال و سلامت کمتر افراد است، اطلاعات جدول بیان‌کننده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (گروه شفقت درمانی) بر کاهش افسردگی می‌باشد.

جدول نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر شفقت درمانی بر افزایش سازگاری خانواده‌های افراد معتاد

منابع تغییر	مجموع	درجه	میانگین مجموع	آماره F	سطح	میزان	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	تأثیر	آماره
پیش‌آزمون	۶۷۸/۱۸	۱	۶۷۸/۱۸	۱۷/۶۵	۰/۰۰۰	۰/۴۸	۰/۹۵
گروه	۶۲۱/۱۲	۱	۶۲۱/۱۲	۱۷/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷	۰/۹۵

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل برافزایش سازگاری ($p \leq ۰/۰۰۰$) تأثیر معنی‌داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر سازگاری ۹۵ درصد می‌باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه گواه به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به این‌که در مقیاس سازگاری پایین بودن نمرات نشان‌دهنده تعارض و رضایت و سلامت بیشتر افراد و بالا تعارض و رضایت و سلامت کمتر افراد است، اطلاعات جدول بیان‌کننده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (گروه شفقت درمانی) برافزایش سازگاری می‌باشد.

جدول نتایج آزمون لون: بررسی همگنی واریانس‌ها در معنادرمانی

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	۱/۳۵	۲	۲۸	۰/۶۷
سازگاری	۲/۱۲	۲	۲۸	۰/۸۵

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌گردد، مقادیر آماره F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه می‌باشد، در متغیر افسردگی و سازگاری معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$). با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌ها دو گروه آزمایش و گواه در متغیر افسردگی و سازگاری تأیید می‌شود.

جدول نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر معنادرمانی بر کاهش افسردگی خانواده های افراد معناد

منابع تغییر	مجموع	درجه	میانگین مجموع	آماره F	سطح	میزان	توان
مجذورات	آزادی	مجذورات			معناداری	تأثیر	آماري
پیش آزمون	۱۵/۲۳	۱	۱۵/۲۳	۵/۴۸	۰/۰۱۳	۰/۳۵	۰/۷۹
گروه	۳۹/۰۳	۱	۳۹/۰۳	۱۷/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱	۰/۸۹

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، افسردگی ($p \leq 0/000$) تأثیر معنی داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر افسردگی ۸۹ درصد می باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه گواه به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به این که در مقیاس افسردگی پایین بودن نمرات نشان دهنده استقلال و سلامت بیشتر افراد و بالا بودن نمرات دال بر استقلال و سلامت کمتر افراد است، اطلاعات جدول بیان کننده ی اثربخشی متغیر مستقل (گروه معنا درمانی) بر کاهش افسردگی می باشد درحالی که در گروه گواه، میانگین تغییر محسوسی نیافته است.

جدول نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر معنادرمانی بر افزایش سازگاری خانواده های افراد معناد شهر اصفهان

منابع تغییر	مجموع	درجه	میانگین مجموع	آماره F	سطح	میزان	توان
مجذورات	آزادی	مجذورات			معناداری	تأثیر	آماري
پیش آزمون	۸۰۳/۳۶	۱	۸۰۳/۳۶	۲۹/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۴۸	۰/۹۹
گروه	۳۵۹/۲۵	۱	۳۵۹/۲۵	۵/۲۶	۰/۰۰۰	۰/۲۳	۰/۷۸

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، افزایش سازگاری ($p \leq 0/000$) تأثیر معنی داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر سازگاری ۶۶ درصد می باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه گواه به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به این که در مقیاس سازگاری پایین بودن نمرات نشان دهنده تعارض و رضایت و سلامت بیشتر افراد و بالا تعارض و رضایت و سلامت کمتر افراد است، اطلاعات جدول بیان کننده ی اثربخشی متغیر مستقل (گروه معنا درمانی) برافزایش سازگاری می باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت درمانی و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش سازگاری خانواده‌های افراد معتاد انجام شد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت شفقت درمانی و معنادرمانی دو رویکرد درمانی هستند که به نظر می‌رسد دارای توان بالقوه‌ی مناسبی برای توانمندسازی جمعیت تحت فشار و آسیب‌پذیری همچون خانواده‌های افراد دارای اعتیاد می‌باشند. نتایج نشان می‌دهد که هر دو متغیر مستقل شفقت درمانی و معنا درمانی دارای تاثیر معنا داری بر کاهش افسردگی و افزایش سازگاری خانواده‌های افراد معتاد می‌باشند.

در بخش نخست تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان بیان نمود که افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است، و ممکن است یکی از عوامل فردی تأثیرگذار در اعتیاد باشد. حتی کارکردهای اولیه‌ی جسمی، ممکن است در افراد معتاد دچار اشکال شود. اشتها کم می‌گردد و تمایل جنسی از بین می‌رود و خطرناک‌تر از همه اینکه به نظر می‌رسد با گذشت زمان، هیچ سرانجامی برای این حالت وجود ندارد و در نتیجه، ناامیدی زیاد می‌شود و ممکن است به آرزوی مرگ و افکار خودکشی منجر گردد (هاوتون، کرک، کلارک، قاسم زاده، ۱۴۰۱). بنابراین ملاحظه می‌گردد که افسردگی معمولاً جنبه‌های مختلف سازگاری فرد در زمینه‌های مختلف را تحت تأثیر قرار دهد. شفقت درمانی رویکردی نوظهور در روان درمانی و مشاوره است که توسط گیلبرت^۱ (۲۰۰۵)، و براساس آموزه‌های شناختی- رفتاری در مورد مفهوم شفقت و پذیرش نسبت به خود، دیگران و زندگی بنا شده است و هدف اصلی آن ارتقاء سطح شفقت و پذیرش با کمک مجموعه‌ای از تکنیک‌های شناختی و رفتاری می‌باشد. در این بین شفقت سازه‌ای است که به افراد این را یادآوری می‌کند که درد و رنج برای تمامی مردم امری معمول و طبیعی است و به افراد چگونگی صبور بودن را آموزش می‌دهد و به آنان در درک و شناخت از احساسات خود کمک می‌کند و آنها را قادر به کاربرد دانش، افکار، و عملکردهایی می‌سازد که در زمان خاص و به روشی کاملاً مؤثر کاربردی نیاز دارند (آیدین^۲

1. Gilbert

2. Aydine

۲۰۱۴). به دلیل پیچیدگی مشکلات همراه با اعتیاد، ساختار مقابله ای پیچیده ای مورد نیاز است تا به طور کامل همه ابعاد زندگی و الگوهای رفتاری مختلف معتادان را دربرگیرد. برنامه های درمانی به زمان و کوشش صبورانه فرد معتاد، خانواده وی، درمانگران و سازمانهای مسئول نیاز دارد. (کجباف، رحیمی، ۱۳۹۰).

شفقت درمانی با انجام کارهایی همچون انجام تمرین مهربانی کردن به دیگران، آموزش ویژگیهای فرد مهربان، انجام تمرین تصویرسازی خود مهربان، آموزش مهارت های مهربانی، انجام تمرین مهربانی گرفتن از دیگران و غیره منجر به کاهش افسردگی می شود. در زمینه تحقیقات همسو با پژوهش حاضر پژوهش های آریمیتسو و هافمن (۲۰۱۵) که به بررسی نقش واسطه شناخت در روابط بین خودشفقت ورزی، اضطراب، افسردگی و رضایت از زندگی در اعتماد به نفس مردم ژاپن داشتند. نتایج نشان داد که خودشفقت ورزی و اعتماد به نفس با افزایش افکار مثبت و کاهش اضطراب ارتباط دارد. همچنین در پژوهش نف و جرمر (۲۰۱۳) نشان داده شد که خودشفقت ورزی پیش بینی کننده افسردگی و اضطراب است. شاپیرا، لیه، مونگرین و میریام (۲۰۱۰) در پژوهشی دریافتند افرادی که تمرینات خود شفقت ورزی را انجام دادند در پی گیری سه ماه بعد احساس افسردگی کمتر و شادی بیشتری در شش ماه بعد داشتند.

در ادامه می توان بیان نمود که، اعتیاد و سوء مصرف مواد از جمله مواردی است که به شدت سازگاری در خانواده را کاهش می دهد. در بررسی مؤلفه های اثربخش در سازگاری زناشویی مشخص گشته است که وجود اختلال روانی در یکی از زوجین بر سازگاری زناشویی اثر منفی دارد (اولری و همکاران، ۱۹۹۴).

هرچه میزان سازگاری افراد یک جامعه، بالاتر باشد، سلامت جامعه نیز بالاتر خواهد بود. سازگاری، طیف گسترده ای دارد و جنبه هایی چون خانواده، همسالان و اجتماع را در بر می گیرد. انجمن روانپزشکی آمریکا سازگاری اجتماعی را چنین تعریف می کند: هماهنگ ساختن رفتار به منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح تکانه ها، هیجانات یا

-
1. Arimitsu & Hofmann
 2. Germer
 3. Shapira, Leah, Mongrain & Myriam
 4. O'Leary K.D

نگرش می باشد. افراد سازگار، قادر به انطباق موثر با نیازهای زندگی هستند، اما افراد ناسازگار یا با سازگاری منفی راهبردهای انطباقی نامناسب دارند و یا فاقد مهارت های انطباقی لازم می باشند (مک کنون، ذوالفقاری، ۱۳۹۹). با توجه به اهمیت متغیرهای ناسازگاری در سلامت روان، تاکنون مداخلات مختلفی برای بهبود این متغیرها طراحی شده است و مطمئناً مداخلات بسیاری نیز هستند که می توانند به طور بالقوه دارای اثرات مثبتی بر این مسائل باشند که از جمله ی آن ها می توان به شفقت درمانی اشاره کرد. مطالعه ها نشان داده اند که والدین مصرف کننده مواد، زمان کمتری در تعامل با کودکان خود سپری می کنند (کلاوسن و همکاران، ۲۰۱۰).

شفقت درمانی با انجام تمرین هایی همچون آموزش مراقبت ازبهبیستی، همدلی، تحمل پریشانی، دیدگاه غیرقضاوتی نسبت به رنج و خود و همسر معتاد، آموزش نحوه برخورد غیرقضاوتی، آموزش نحوه برخورد با موانع مهربانی، تنظیم هیجان، آموزش حساسیت به رنج و دیدن رنج و ارتباط برقرارکردن با رنج فرد معتاد، آشنایی با ابعاد و حالتهای مختلف ذهن و آشنایی با عملکرد آنها، آموزش مهارت های مهربانی و غیره منجر به کاهش ناسازگاری گروه آزمایش می شود. در زمینه تحقیقات همسو با پژوهش حاضر قابل ذکر می باشد که نف (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان داد که شفقت ورزی با علاقه ذاتی به یادگیری و راهبردهای مقابله ای سالم بعد از شکست در امتحان مرتبط می باشد. نف و همکارانش (۲۰۰۳) بر روی رابطه بین شفقت خود و سلامت روان انجام شده نشان داد: شفقت خود برخلاف ارزش خود، در زمان روبرویی با تهدیدکننده من به عنوان سپری در مقابل اضطراب عمل می کند. پژوهشگران در این بررسی به این نتیجه رسیدند که شفقت خود در فاصله ای بیش از یک ماه ایجاد شده و با افزایش بهبودی روان شناختی در ارتباط است. همچنین در جهت همسویی با پژوهش حاضر پژوهش های علیزاده (۱۴۰۰)، مجنون و همکاران (۱۳۹۹)، تبریزی، هاشمی (۱۳۹۸)، روشن، علینقی، ثنائی، ملیانی (۱۳۹۱)، سان و همکاران (۲۰۲۱)، الشربینی و ال ماماری (۲۰۱۸) قابل ذکر می باشد.

در بخش دوم تبیین این پژوهش می توان بیان نمود که، معنا درمانی از طریق آموزش اصولی همچون تغییر نگرشها و گرفتن معنا از طریق راههای کشف معنا، گرفتن معنا از خلق ارزشها و مسولیت، معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسولیت توانسته است تغییراتی را در کاهش افسردگی ایجاد نماید.

معنادرمانی رویکردی است که توسط ویکتور فرانکل ارائه شده است و بر یافتن معنایی فرامادی و فراتر از خود تأکید داشته و این مفهوم را به عنوان عنصر اساسی سلامت روان معرفی می کند (فرانکل، ترجمه ی معارفی؛ ۱۳۹۰). معنادرمانی، روشی از رویکرد وجودی است که می تواند ساختارمفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش با یافتن معنی در زندگیشان آماده کند بر اساس نظر فرانکل درمان به مراجعان کمک می کند تا معنایی را در زندگیشان پیدا کنند. (یاوریان و تیکاکتار، ۲۰۱۱). یافتن معنی زندگی خود، مهارت مقابله ای مفیدی است؛ زیرا به فرد کمک می کند تا علت وجودی خود را درک کند و احساس معنا موجب می شود تا انسان از اوقات خوب خویش لذت ببرد و اوقات بدش را تحمل کند. (دیماتو، ۲۰۰۰).

همسو با نتایج پژوهش خالدیان و محمدی فر (۱۳۹۴) در پژوهش خود در زمینه مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد که بر روی نمونه ۶۰ نفری افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز متادون درمانی شهرستان قروه مراجعه کرده بودند و نتایج حاکی از آن بود که بین درمان شناختی رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی تفاوت وجود ندارد اما درمان شناختی رفتاری بر افزایش امید به زندگی از معنادرمانی مؤثرتر بوده است. ضمناً در جهت همسویی با نتیجه به دست آمده از فرضیه سوم قابل ذکر می باشد که اصغری، اکبری و دادخواه (۱۳۹۱) در پژوهش خود با اجرای معنادرمانی گروهی در میان زنان سالمند، توانستند به کاهش معناداری در نمرات افسردگی افراد تحت مداخله، دست یابند. با نتایج زنجیران، برجعلی و کراسکیان (۱۳۹۳) همسومی باشد. رضایی، رفاهی و احمدی خواه (۱۳۹۱)، با اجرای ۱۰ جلسه معنادرمانی به شیوه ی گروهی در میان مبتلایان به سرطان گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، به کاهش معناداری در افسردگی این بیماران دست یافتند. همچنین نتایج این پژوهش، حاکی از تداوم اثر مداخله تا مرحله ی پیگیری بود. حمید، طالبیان، مهرابی زاده هنرمند و یاوری (۱۳۹۰)، با اجرای ۱۰

جلسه‌ی گروهی معنادرمانی در میان بیماران مبتلا به سرطان، به کاهش معنادار در افسردگی و اضطراب و افزایش معنادار در کیفیت زندگی دست یافتند.

معنا درمانی از طریق آموزش‌هایی که در تغییر نگرشها و گرفتن معنا از طریق راههای کشف معنا، معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسولیت، مسولیت، خود حمایتی، علاقه‌ی اجتماعی و غلبه بر یاس و افزایش امید به زندگی، حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر منجر به افزایش سازگاری خانواده‌های افراد معتاد شده که نتایج پژوهش باقریان و مظاهری نژاد (۱۴۰۰)، موسی پور و سجادی نژاد (۱۴۰۱)، سان، وو، یو، چیانگ و لو (۲۰۲۱) در جهت همسویی با پژوهش حاضر قابل ذکر می‌باشند.

محدودیت‌ها

- نداشتن مرحله پیگیری
- این پژوهش بر روی خانواده معتادین حاضر در شهر اصفهان صورت گرفته و در تعمیم نتایج باید به شباهت جامعه پژوهش مورد نظر با جامعه این پژوهش توجه کرد.
- تأثیر پژوهشگر به عنوان مجری آموزش می‌تواند به سو داری نتایج انجامیده باشد.
- در زمینه خرده مقیاسهای پرسشنامه افسردگی و سازگاری با توجه به اینکه کل پرسشنامه در مجموع تغییر افسردگی و سازگاری را بررسی می‌نمود و تحقیقات همسو بر حسب خرده مقیاس‌های ذکر گردیده موجود نبود از ارائه تحقیقات همسو و مقایسه با آنان معذور بودیم.

پیشنهادهای پژوهشی

- به برقراری ارتباط بین اعضاء در جلسات گروهی توجه نمایند و سعی نمایند در ابتدای تشکیل جلسات از فنون یخ شکن استفاده و ارتباط ایجاد شده را حفظ نمایند.
- به همکاری اعضاء گروه‌ها به تهیه قوانین گروه در ابتدای تشکیل جلسات بپردازند.
- مدل پژوهش با متغیرهای متفاوتی بررسی شود. درواقع متغیرهای مداخله‌گر دیگری نیز بررسی شود. مثل رویکردهای پست مدرن برافسردگی و سازگاری بررسی شود. همچنین می‌توان به منظور بررسی تأثیرات و درک جامع از تأثیرات پژوهش متغیر مداخله شفقت

- درمانی و معنا درمانی را بر سایر متغیرهای وابسته مانده خطاهای شناختی خانواده معتادان، ارتباطات آنها، کنترل هیجان آن ها بررسی نمود.
- اثر بخشی آموزش گروه شفقت درمانی و معنا درمانی با سایر متغیر های مداخله گر مانند تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و ... مقایسه شود.

پیشنهادهای کاربردی

- فرهنگ سراهای وابسته به شهر داری ها می توانند از گروه شفقت درمانی و معنا درمانی برای کاهش افسردگی و ناسازگاری افراد عامیانه مردم و بهبود سبک زندگی و سلامت جامعه استفاده کنند.
- مراکز مشاوره وابسته به آموزش و پرورش می توانند دوره های گروه شفقت درمانی و معنا درمانی را به منظور کمک به خانواده های دانش آموزان برگزار نمایند.
- مراکز مشاوره وابسته به سازمان زندان ها می توانند دوره های گروه شفقت درمانی و معنا درمانی را به منظور کاهش افسردگی و ناسازگاری به زندانیان و همچنین خانواده های آنان برگزار نمایند.
- مراکز ترک اعتیاد به طور کلی می توانند دوره های گروه شفقت درمانی و معنا درمانی را به منظور کمک به خانواده معتادان درکاهش افسردگی و ناسازگاری آنان و همچنین خانواده های آنان برگزار نمایند.

منابع

- ۱) اچ بارلو، دیوید (۲۰۲۳). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۴۰۲). چاپ ششم. تهران: رسا.
- ۲) افکنه، صغری؛ عفاری، عفت؛ بنی‌سی، پریناز (۱۴۰۱). اثربخشی معنادرمانی بر استرس، شفقت به خود و احساس تنهایی دانش‌آموزان متوسطه دوم. مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری. ۴(۱۲)، ۱۴۴-۱۶۲.
- ۳) آقابخشی، حبیب (۱۳۹۹). اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده رویکرد مددکاری اجتماعی به مسایل و آسیب‌های جامعه‌ای. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، رسانه تخصصی.
- ۴) اسدی، محسن؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ امیرپناه، علی؛ حبیب‌زاده، حسین (۱۴۰۰). اثربخشی شفقت درمانی و معنادرمانی بر کاهش فرسودگی شغلی. اندیشه و رفتار. ۶(۲۲)، ۶۹-۷۲.
- ۵) اسلمی، الهه؛ امیری راد، ملیحه؛ موسوی، شکوفه (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر کنترل خشم و خودکارآمدی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۱۱(۳۹)، ۴۹-۶۵.
- ۶) افصلی، رضا (۱۳۹۱). اثربخشی شفقت درمانی و معنادرمانی بر کاهش میزان پرخاشگری همسران مردان معتاد (نارنان) شهرستان امیدیه. پایان‌نامه کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده پردیس.
- ۷) آذربو، منصور؛ سجادی، نسیم (۱۴۰۰). نقش معنای زندگی، شفقت‌ورزی به خود و سرمایه‌ی روان‌شناختی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان سرای سالمندی. پرستاری سالمندان. ۴(۴)، ۶۳-۴۹.
- ۸) بوگ، پل (۲۰۲۱). سازگاری دیجیتال، ترجمه سعید شیخ نوه‌سی و مهوش رنجبر (۱۴۰۰). تهران: سامان.
- ۹) حاج‌عبداللهی، سیما (۱۳۹۸). سازگاری اجتماعی و عوامل موثر بر آن. تهران: بلور.
- ۱۰) حمید، نجمه (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تازه‌های علوم شناختی. ۱۴(۲)، ۱۹۸-۱۸۱.
- ۱۱) دشتی، مجتبی (۱۳۹۹). اعتیاد و انواع مواد مخدر و تأثیرات آن. تهران: مولف.

- ۱۲) رضایی، هما؛ شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۸). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی در افسردگی بیماران ام اس. پژوهشنامه تربیتی، ۴(۱۶)، ۱-۱۴.
- ۱۳) فرانکل، ویکتور (۱۹۶۳). انسان در جستجوی معنا. ترجمه مهین میلانی (۱۳۹۸). تهران: درسا.
- ۱۴) گرفمی، هاجر؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ ثنایی ذاکر، باقر (۱۴۰۰). اثربخشی معنا درمانی به شیوه ی گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. اندیشه و رفتار ۴(۱۳)، ۳۷-۴۶.
- ۱۵) لطیفیان، مرتضی؛ دلاورپور، محمدآقا (۱۳۹۹). بررسی رابطه سبک دلبستگی و سلامت روان با واسطه گری خلاقیت هیجانی. تازه های علوم شناختی. ۱۴(۲)، ۴۵-۶۲.
- ۱۶) مرادقربانی، گرمشک؛ موقر افضلی، محمد؛ شبونی، زینب؛ خجسته، سعیده (۱۴۰۰). بررسی مقایسه ای وابستگی به مواد مخدر و اختلالات روانی اجتماعی فرزندان افراد وابسته به مواد و عادی شهر کرمان. نهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در علوم انسانی.
- ۱۷) مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۹). کتاب جامعه شناسی اعتیاد. تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب پارسه.
- ۱۸) ملکان، احترام (۱۳۹۹). اعتیاد به مواد مخدر. تهران: راز نهان.
- ۱۹) مک کنون، مکس (۲۰۲۰). توانایی سازگاری. ترجمه: ذوالفقاری، هانیه (۱۴۰۱). تهران: استدیو.
- ۲۰) نخعی، نوذر، شمسی، محمدامین (۱۴۰۰). دیباچه ای بر نظریه های اعتیاد به مواد. تهران: مهرتا.
- ۲۱) ولی الهی، سمانه (۱۳۹۹). اعتیاد بلایی خانمان سوز. تهران: ویهان.
- ۲۲) هاوتون، کیت؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید (۲۰۲۰). ترجمه حبیب الله قاسم زاده (۱۴۰۱). راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی. تهران: ارجمند.
- 23) American Psychiatric Association. (2020). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- 24) Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford press.
- 25) Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L., & Smits, N. (2018). Characteristics of effective psychological treatments of depression; A meta-regression analysis. Psychother Res. 11: 225-232
- 26) Frankl, V. (1976). The doctor and the soul. New York, Bantam Books
- 27) Frankl, Viktor (1988). The will to meaning: foundations and applications of logo therapy. New York: Teachers college press.

- 28) Halford, W.K., Price, J., Kelly, A.B., Bouma, R., & Young, R.M.D. (2001).
- 29) Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*. 5/1, 1–12.
- 30) Hayes, S. C & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 249-254. Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.
- 31) Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- 32) Matinfar, B. (2021). The effectiveness of meaning therapy on life expectancy in heart patients. *JNIP*, 7 (11): 1-9.
- 33) Neff, K. D., Pommier, E. (2012). The Relationship between Self-compassion and Otherfocused Concern among College Under graduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, 1-17.
- 34) Sun, FK., Hung, CM., Yao, YC, Fu, CF., Tsai, PJ., Chiang, CY. (2021). The Effects of Logotherapy on Distress, Depression, and Demoralization in Breast Cancer and Gynecological Cancer Patients. *Canser Nursing*, 44 (1): 53-61
- 35) Spek, A. A., Van Ham, N. C., Nyklicek, I. (2013). "Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial", *Research in Developmental Disabilities*, 34, 246-253.
- 36) Jacobson, E. H. K., Wilson, K. G., Kurz, A. S., & Kellum, K. K. (2021). Examining selfcompassion in romantic relationships. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 69–73. doi:10. 1016/j. jcbs. 2018. 04. 003.
- 37) Jiang, T., & Chen, Z. (2020). Meaning in life accounts for the association between long-term ostracism and depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *The Journal of social psychology*, 160(5), 535-547.

- 38) Speke, V., Nyklicek, I, Cuijpers, p. & pop, V. (2018). Predictor of outcome of group and internet based cognitive behavior therapy. Journal of affective disorder, 9(4): 97-137.
- 39) Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J (2019a). Reflectiv functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. Attachment & human development, 12(6), 567-585
- 40) Tolorunleke, C. A. (2018). Causes Of Marital Conflicts Amongst Couples in Nigeria: Implication for Counselling Psychologists, Procedia - Social and Behavioral Sciences 140, 21 – 26.
- 41) Yavarian R, & Nikaktar M. (2001). Religiosity and Remission of Depression in Medically ill older Patients, American Journal of Psychiatry, 155, 434- 542.

