

مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی

محمدخالدیان^۱، فرامرز سهرابی اسمرو^۲، عسکر اصغری گنجی^۳، زهرا کرمی باغطیفونی^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۱۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنا درمانی به شیوه‌ی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امیدواری در سندرم آشیانه خالی شهرستان قروه است. جامعه آماری را کلیه مردان و زنان شهرستان قروه که فرزندانشان آنها را ترک نموده اند و از آنها جدا شده اند را شامل می‌شود. حجم نمونه ۳۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. سپس افراد بطور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند، یک گروه آزمایش ۱۰ جلسه معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی را دریافت کردند، گروه دوم آزمایش ۱۳ جلسه روان‌درمانی رفتاری شناختی را دریافت کردند اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. سپس به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی بک BDI-II و پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر و همکاران استفاده شد. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی موثرتر است، و معنا درمانی در افزایش امید به زندگی تاثیر بیشتری دارد. نتیجه‌گیری می‌شود که هر دو درمان شناختی - رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی موثر هستند.

واژگان کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، معنا درمانی، امید به زندگی، افسردگی، سندرم آشیانه خالی

۱. مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. استاد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. استادیار روان‌شناسی دانشگاه فرهنگیان، مازندران، ایران

۴. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)،

پست الکترونیکی: karami1388zahra@gmail.com

مقدمه

وظیفه اولیه خانواده برقراری ارتباط است و عملکرد خانواده منجر به رفع نیازهای اجتماعی و فردی خانواده می‌شود. به این دلیل موجب رشد و تکامل، اعتماد به نفس و اجتماعی شدن اعضاء خانواده می‌گردد. ارتباط روشن و مؤثر بین افراد خانواده موجب رشد احساسات و ارزش‌ها می‌شود (غلامزاده و همکاران، ۱۳۸۸). اهمیت خانواده به اندازه‌ای 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 صاحب‌نظران تقسیم‌بندی‌های مختلفی از خانواده ارائه می‌دهند (رشیدی نژاد و همکاران، ۱۳۹۱). تعاملات درون خانواده یکی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده سلامت روانی است. ممکن است عواملی در راه اندازی علائم و تسهیل بروز افسردگی دخیل باشند که از دست دادن سایر اعضای خانواده و دوستان و تجربه فقدان از جمله‌ی این عوامل است (کولمن^۱، ۱۹۸۵). ویژگی تمام خانواده‌ها عبارت است از محبت، وفاداری، و تداوم عضویت. همین ویژگی‌هاست که آن را از سایر نظام‌های اجتماعی متمایز می‌سازد (ترکلسون^۲، ۱۹۸۰). هر خانواده - بدون توجه به شکل آن (برای مثال، خانواده هسته‌ای، خانواده ناتنی، و خانواده تک‌والدی) یا توفیق‌نهایی که نصیبش می‌شود- باید در جهت ارتقای روابط مثبت و مطلوب میان اعضای خود تلاش کند، به نیازهای شخصی آنان توجه داشته باشد، و آماده کنار آمدن با تغییرات ناشی از رسش (مثلاً، زمانی که فرزندان خانه را ترک می‌گویند) و نیز بحران‌های غیرمنتظره (طلاق، مرگ، بیماری‌های حاد ناگهانی) باشد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۹؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۸۸). به محض آنکه فرزندان خانه را بدرود می‌گویند زن و شوهر سعی می‌کنند به زندگی یا روابط خود معنا بدهند. در این دوره برخی ناراحتیها و حتی استرس منفی تجلی می‌کنند که تحت عنوان "سندرم آشیانه خالی"^۳ یا "

۱. Coleman

۲. Terkelson

۳. empty - nest syndrome

سندرم آشیانه متروک^۱ از آنها نام می‌برند. ترک خانه به وسیله فرزندان می‌تواند برای زن و شوهرهایی که جای خالی روابط خود را با فرزندان پر کرده بودند، وحشت آور باشد. به محض آنکه فرزندان خانه را بدرود می‌گویند زن و شوهر سعی می‌کنند به زندگی یا روابط خود معنا بدهند. در این دوره برخی ناراحتیها و حتی استرس منفی تجلی می‌کنند که تحت عنوان "سندرم آشیانه خالی" یا "سندرم آشیانه متروک" از آنها نام می‌برند (وندرزندن^۱، ۲۰۰۸، ترجمه گنجی، ۱۳۸۷). یکی از پدیده‌های سنین میانسالی، سندرم آشیانه خالی نامیده می‌شود و نوعی افسردگی است که پس از آنکه آخرین فرزند خانه را ترک کرد در زن و مرد ایجاد می‌شود. در این دوره اگر فعالیت‌های جبرانی، بخصوص از سوی مادر انجام نشود در مواردی ممکن است پدر و مادر افسرده شوند. این امر بخصوص در مواردی صدق می‌کند که نقش عمده زن در زندگی، بزرگ کردن بچه‌ها و مادری کردن بوده و یا زن و شوهر به خاطر بچه‌ها زندگی مشترک ناگوارشان را تحمل کرده اند (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۱۱، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰).

در الگوی مرحله ای دووال^۳ (۱۹۷۷)، چرخه‌های زندگی خانوادگی، تحول متعارف یک خانواده کامل^۴ و تمام عیار- منظور خانواده ای است که پدر و مادر هر دو در آن حضور دارند- در قالب هشت مرحله صورت می‌گیرد، که این مراحل با ازدواج شروع میشوند و با مرگ دو همسر به پایان می‌رسند که دوره آشیانه خالی مرحله ششم می‌باشد. تصویری که او از خانواده ترسیم می‌کند، به صورت دایره ای متشکل از هشت لایه است:

۱. زوجهای فاقد فرزند
۲. خانواده‌هایی که تازه بچه دار شده‌اند (بزرگترین فرزند حداکثر ۳۰ ماهه است)
۳. خانواده‌های برخوردار از فرزندان پیش دبستانی (بزرگترین فرزند بین ۲/۵ تا ۶ سالگی است)
۴. خانواده‌های بچه دار (بزرگترین فرزند بین ۶ تا ۱۳ سالگی است)

۱. Zenden

۲. Sadock & Sadock

۳. Duvall

۴. intact

۵. خانواده‌های برخوردار از نوجوان (بزرگترین فرزند بین ۱۳ تا ۲۰ سالگی است)
۶. خانواده‌هایی که فرزندانشان آنها را ترک می‌گویند (از زمانی که اولین فرزند خانه را ترک می‌کند تا هنگامی که آخرین آنها از خانه بیرون می‌رود)
۷. والدین میانسال (از دوره آشیانه خالی تا دوران بازنشستگی)
۸. والدین کهنسال (بازنشستگی تا مرگ هر دو همسر)
- که البته این مراحل تا حدودی دلبخواهی است و این الگوی هشت مرحله‌ای از دووال (۱۹۹۷) است، کارتر و مک‌گلدریک^۱ (۱۹۸۰، ۱۹۸۸)، که سردمدار جنبش جدابیت مفهوم چرخه زندگی در میان خانواده‌درمانگرها بشمار می‌آیند، یک نظریه چند نسلی را به آن اضافه کرده‌اند. طرح شش مرحله‌ای آنها در خصوص خانواده‌های کامل یا تمام‌عیار با این مطلب شروع می‌شود که افراد جوان و مجرد خانه را ترک می‌گویند و علاوه بر آن مراحل احتمالی طلاق و ازدواج مجدد نیز در آن گنجانده شده است (خالدیان و سهرابی، ۱۳۹۳). برخی خانواده‌درمانگرها مثل پیتمن^۲ (۱۹۸۷) به آنچه در هر مرحله اتفاق می‌افتد توجه چندانی نمی‌کنند؛ در عوض به این موضوع علاقه مندند که خانواده تا چه اندازه بانقاط عطف زندگی^۳ - بحرانهایی که گاهی اوقات با انتقال‌های بین مرحله‌ای همراه می‌گردند - کنار می‌آید و در هر مرحله خانواده باید مجموعه‌ای از تکالیف تحولی را اجرا کند.

بک^۴، افسردگی را به عنوان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه هیجانی، انگیزتی، رفتاری، شناختی و جسمانی می‌شود. افسردگی در شخص حالتی است حاکی از غمگینی و گرفتگی و بی‌حوصلگی و در بعد تشخیص بیماری در برگیرنده طیف وسیعی از اختلالات خلقی با زیرشاخه‌های متعدد است. خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیتهای لذت بخش روزمره مثل معاشرت، تفریح، ورزش، غذا و میل جنسی است. ناتوانی برای کسب لذت حالتی نافذ و

۱. Carter & Mc Goldrick

۲. Pittman

۳. turning points

۴. Beck

پایا داشته و شدت آن بستگی به تعداد علائم و درجه نفوذ آن دارد. مواجه شدن با مانع در پاره‌ای از افراد نوعی افسردگی را بوجود می‌آورد که در آن احساس رها شدگی، خلا و خاطرات جداییهای ضربه آمیز از نو زنده می‌شود (خالدیان و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج مطالعات همه گیرشناسی حاکی از آن است افسردگی رایجترین اختلال روانی است که به دلیل شیوع زیاد آن، سرماخوردگی بیماریهای روانی نامیده می‌شود. افسردگی، مجموعه ای از نشانگان بیمارگون است که شامل خلق افسرده، از دست دادن علاقه، اضطراب، اختلال خواب، از دست دادن اشتها، فقدان انرژی و افکار مربوط به خودکشی می‌باشد و حدس زده میشود که حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستانهای روانی را افراد افسرده تشکیل می‌دهند (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۵). نظریه امید توسط اشنایدر معرفی شد و چارچوب مهمی برای فهم امید در مشاوره و کارهای بالینی به دست داده است (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۰). نظریه امید یک نظریه ترکیبی مبتنی برهدف بود که بسط یافته الگوی تک بعدی سنتی بود و برای اولین بار دری را به امکان سنجش متغیر و قابل اعتماد امید در افراد گشود. در این نظریه، اعتقاد بر این است که امید یک احساس انفعالی نیست که فقط در لحظات تاریک زندگی اتفاق بیفتد، بلکه یک فرایند شناختی است که بوسیله آن افراد اهدافشان را دنبال می‌کنند، بزرگسالان امیدوار، نیمروخ روانی متمایزی دارند (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۰). امید یک منبع قدرتمند برای زندگی و یک نوع بازیابی و دوباره تولد یافتن محسوب می‌شود که برای انسان بسیار ضروری می‌نماید. امید به معنی یک نوع پیش بینی که با میل و انتظارات مثبت آینده، و نیز پویا و غیر قابل پیش بینی است که می‌تواند در واکنش به موقعیتهای زندگی تغییر کند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۳). امید به عنوان یکی از منابع مقابله ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماریهای صعب‌العلاج در نظر گرفته میشود (خالدیان و همکاران، ۲۰۱۳). امید یکی از ویژگیهای زندگی است که موجب می‌شود فرد به آینده امیدوار باشد و در جستجوی فردایی بهتر و به دنبال موفقیت

باشد، وقتی امید وجود داشته باشد شادی و سرور در زندگی حضور خواهد داشت، به همین دلیل روانشناسان در سالهای اخیر به موضوع جدیدی تحت عنوان روانشناسی مثبت پرداخته‌اند (حسینی، ۱۳۸۸). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت تأکید صرفاً دارویی موفقیت‌چندانی نداشته باشد (روزن و همکاران، ۲۰۰۶).

رویکرد شناختی - رفتاری بر مدل روانی - آموزشی منظم استوار است و بر نقش تکلیف، واگذار کردن مسئولیت به درمانجو برای پذیرش نقش فعال در جلسات درمان و بیرون از آن، و استفاده از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری برای بوجود آوردن تغییر تأکید دارند. این روش درمانی بیشتر بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخص فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر میشود. در این رویکرد درمانی تأکید بر به عمل در آوردن بینش‌هایی است که به تازگی کسب شده‌اند، و تکالیفی که به درمانجویان داده می‌شود آنها را قادر می‌سازد که رفتارهای تازه و جدیدی را تمرین کنند و در فرآیند شرطی شدن مجدد به آنها کمک می‌کنند (کوری، ۲۰۰۸، ترجمه سید محمدی ۱۳۸۷). در درمان شناختی - رفتاری به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود، در جنبه‌هایی از درمان تأکید عمدتاً رفتاری و در جنبه‌های دیگر شناختی است. در این روش هدف عمده عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد بنابراین تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و نیز تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی (درمانگاه یا مطب) است. در درمان شناختی - رفتاری علت اختلالات افکار خود آیند منفی می‌باشد، که این افکار خلق را پایین می‌آورد و پایین آمدن خلق نیز احتمال وقوع افکار خود آیند منفی را بیشتر می‌گرداند و بدین ترتیب دور باطلی ایجاد می‌شود

که در جهت تداوم افسردگی عمل می کند (هاوتون و همکاران ۲۰۰۷، ترجمه قاسم زاده ۱۳۸۶).

داشتن هدف و معنا در زندگی باعث میشود که نسبت به اهدافمان دید روشنی داشته باشیم و این گرایش را در خودمان ایجاد کنیم که اهداف قابل دستیابی است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۳). معنادرمانی، می تواند راه و روشی جدید جهت وارد کردن هدفمندی و معناجویی به زندگی و کار به حساب آید معنادرمانی، رویکردی فلسفی درباره ی مردم و وجود آنهاست که به مضامین و موضوعات مهم زندگی مانند معنای رنج، خلا وجودی، مرگ و زندگی، آزادی و مسوولیت پذیری در قبال خود و دیگران، معنایابی و کنار آمدن با بی معنایی می پردازد. این رویکرد انسان ها را وار می دارد، آن سوی مشکلات وقایع روزمره را ببیند. از نظر فرانکل، یکی از ریشه های آسیب پذیر بودن افراد، بی معنایی و بی هدفی آنهاست. جستجوی معنا و هدف، چیزی است که رسیدن به آن سبب کمال و شکوفایی شخصیت آدمی می شود و اختلال روانی را از میان بر می دارد (کارسون، ۲۰۰۰). معنادرمانی بر این باور است که کار، حیطه ی وسیعی است که انسان ها می توانند در آن به فراتر از خود بروند؛ یعنی مردم باید در کار خود دنبال راهی باشند که خصوصیات انسانی خود را به ظهور برسانند. فرانکل، معتقد است که همه ی شغل ها می تواند فرصت هایی را برای انسان در یافتن معنا فراهم آورد، گرچه بعضی از آنها خیلی معمولی و روزمره است و این کار نوعی متعالی کردن خود از رهگذر معنایابی، به خصوص هنگام رنج کشیدن است (محمدپور، ۲۰۰۶). معنادرمانی از نظر شکل به درمان هایی چون درمان آدلری نزدیک تر است. معنا درمانگران، با صراحت، به طور صمیمانه و قابل قبول درباره موضوعات فلسفی بحث می کنند و برای اینکه درمانجو را متقاعد سازند تا نگرشی آگاهانه تر و مسوولانه تر داشته باشد، به شیوه های مختلف از فن مواجهه استفاده می کنند، دلیل و برهان می آورند و از قانع سازی و استدلال استفاده می نمایند (اسدی و همکاران، ۱۳۹۰). در راستای مداخلات روان شناختی، معنادرمانی نوعی از روان درمانی است که اساس روان آزردهی را تقلای معنوی می بیند. در عمل دنیای کوچکی از دنیای واقعی است که در آن اعضا با هدف کشف خودشان به

عنوان اینکه علایق وجودی مشترک دارند، شرکت می‌کنند. این روش یک سفر خوداکتشافی است که برای کسب توانایی بودن با خود حقیقی، گسترش دید نسبت به خود و دنیای اطراف و روشن‌سازی آنچه که به زندگی فعلی و آینده معنی می‌دهد صورت می‌پذیرد. در این گروه، افراد احساس می‌کنند به طور عمیقی می‌توانند در راه‌های معنادار زندگی با هم باشند، معنادرمانی نقایص مربوط به پایه‌های غیرمتعارف چشم‌انداز بیمار نسبت به جهان را نمایان می‌سازد. هدف معنادرمانی توانا ساختن بیماران برای کشف معنای منحصر به فرد خودشان می‌باشد. معنادرمانی می‌کوشد تا حدود اختیارها و آزادی‌های بیمار را ترسیم کند و در شکستن چرخه‌های معیوب روان‌آزردگی مؤثر است. مشاور و درمانگر معتقد به معنادرمانی می‌کوشند که به مراجع کمک شود تا در زندگی خود هدف و منظوری 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 کارگروهی فراهم می‌آورد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۱). وظیفه درمانگر این است که به توانایی درمانجویان در کشف کردن نظام ارزشی که به زندگی آنها معنی می‌دهد و آن را از درون خویش به دست آورده باشند، اعتماد کند. آنها بدون تردید برای مدتی دچار مشکل شده و در نتیجه فقدان ارزش‌های دقیق و مشخص، دستخوش اضطراب می‌شوند. اعتماد درمانگر برای اینکه به درمانجویان پیاموزد به توانایی خود در کشف کردن منبع تازه ارزش اعتماد کنند، اهمیت زیادی دارد. وقتی دنیایی که درمانجویان در آن زندگی می‌کنند بی‌معنی به نظر برسد، شاید از خود پرسند آیا ادامه دادن تلاش یا حتی زیستن ارزش دارد (کوری ۲۰۰۸، ترجمه سید محمدی ۱۳۸۷). از نظر فرانکل (۱۹۶۹) احساس بی‌معنایی، روان‌رنجوری وجودی عمده در زندگی مدرن است. بی‌معنایی در زندگی به پوچی و بی‌محتوایی یا وضعیتی که فرانکل خلا وجودی نامید، منجر می‌شود. چون طرح از پیش تعیین شده‌ای برای زندگی وجود ندارد، افراد با تکلیف به وجود آوردن معنی خودشان روبرو هستند. گاهی افرادی که احساس می‌کنند گرفتار پوچی زندگی شده‌اند، از تلاش برای به وجود آوردن زندگی هدفمند کناره‌گیری می‌کنند. تجربه کردن بی‌معنایی و تشکیل دادن ارزش‌هایی که بخشی از زندگی با معنی هستند،

مسائلی می باشند که باید در جلسات مشاوره مطرح شوند. آفریدن معنی تازه معنی درمانی (لوگو تراپی) به منظور کمک به درمانجویان برای یافتن معنی در زندگی ترتیب یافته است. گزینش هدف و یافتن معنی در زندگی می تواند به افراد شکست خورده و آسیب دیده کمک کند تا بر اضطراب، افسردگی و ناامیدی خود چیره شوند و مسئولیت زندگی شان را بپذیرند (کمرزین، ۲۰۱۳). طبق نظر فرانکل (۱۹۸۸)، عملگر درمانی این نیست که به بیماران گفته شود معنای ویژه آنان در زندگی چه باید باشد؛ بلکه باید آن ها را در جهت کشف معنی برای خود تشویق کرد. وی معتقد است که حتی رنج کشیدن می تواند منبعی برای رشد باشد. در صورتی که جرأت تجربه رنج وجود داشته باشد، می توان در آن معنایی یافت (لوکاس و زوانگهیرش^۱، ۲۰۰۲). به اعتقاد بایومیستر^۲ احساس معنا از طریق برآورده شدن نیازهای اولیه به هدفمندی، کارآمدی و خودارزشمندی تحقق می یابد. سایر پژوهشگران نیز به ارتباط بین تحقق معنا با اهمیت عملی و تصمیم گیری روزانه اشاره کرده اند (استگر و امیشی^۳، ۲۰۰۴). در تعریف معنای زندگی باید گفت زندگی برای مردم زمانی معنادار است که آنان بتوانند الگو یا هدفی را در زندگی خود در نظر بگیرند، معنای زندگی به محتوایی اشاره می کند که مردم زندگی خود را از آن آکنده می کنند. این معنا به زندگی مردم جهت می دهد و در ارتباط با هدف ها و ارزش های زندگی است (جکوبسن^۴، ۲۰۰۸). نداشتن معنا با روان نژندی، علایم افسردگی و اضطراب و شناخت ناکارآمد در ارتباط است (مهر نژاد و رجیبی مقدم، ۱۳۹۱).

در سه دهه اخیر در حدود ۲۰۰ مطالعه مقایسه ای نشان داده اند که درمانهای روانشناختی تاثیر بیشتری نسبت به درمانهای دارویی بر کاهش افسردگی بزرگسالان دارند و درمان شناختی - رفتاری بیشترین شواهد اثربخشی بر کاهش افسردگی را نسبت به سایر درمانهای دیگر روانشناختی دیگر نشان داده است (کویچپرس و همکاران^۵، ۲۰۰۸). نتایج

۱. Lukas & Zwang Hirsh

۲. Baumeister

۳. Steger & Omishi

۴. Jacobsen

۵. Cuijpers et al

پژوهش محمد خانی و همکاران (۱۳۹۰)، با موضوع مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان نوین شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری و درمان معمول بر علائم افسردگی و سائر علائم روانپزشکی نشان داد که درمان شناختی رفتاری بیشترین تاثیر را بر کاهش افسردگی دارد. نتایج پژوهش خالدیان و همکاران (۱۳۹۲)، با موضوع اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی نشان داد که درمان گروهی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی سندرم آشیانه خالی مؤثر است، بطوریکه تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی بیشتر بود. نتایج پژوهش ادلمان و همکاران^۱ (۱۹۹۹)، با موضوع بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان سینه ی پیشرونده^۲ نشان داد که گروه درمانی، شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اختلالات خلقی مؤثر است. پژوهش‌ها اثر بخشی درمان شناختی را بر اختلال افسردگی نشان می دهند (حمید و همکاران، ۲۰۱۱؛ سیگل و همکاران^۳، ۲۰۱۱؛ اسمیتس و همکاران^۴، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش پدرام و همکاران (۱۳۸۹)، با موضوع اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر اهواز نشان داد جلسه های گروه درمانی شناختی- رفتاری تاثیری مثبت بر کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش امیدواری دارند. نتایج پژوهش مهرنژاد و رجبی مقدم (۱۳۹۱)، با موضوع بررسی اثربخشی معنادرمانی بر افزایش امید به زندگی معتادان با ترک کوتاه مدت نشان داد که معنادرمانی در افزایش امید به زندگی معتادان مؤثر می باشد. نتایج پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۱)، با موضوع اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی نشان داد که آموزش معنادرمانی بر کاهش افسردگی بیماران سرطان تاثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش خالدیان و سهرابی (۱۳۹۳)، با موضوع اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر

۱. Edelman et al

۲. meta stases

۳. Siegle et al

۴. Smits et al

کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی نشان داد که معنا درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی مؤثر است. نتایج پژوهش غلامی و همکاران (۱۳۸۸)، با موضوع اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی نشان داد که معنا درمانی بر افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی و کاهش افسردگی بیماران دختر مبتلا به تالاسمی مؤثر است. نتایج پژوهش گرفمی و همکاران (۱۳۸۸)، با موضوع اثربخشی معنا درمانی به شیوه ی گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه، نشان داد که معنا درمانی به شیوه ی گروهی سبب کاهش اختلالات روانی از جمله افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است. نتایج پژوهش شعاع کاظمی و سعادت (۱۳۸۹)، با موضوع بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزشها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان نشان داد که آموزش معنا درمانی توانسته است میزان ناامیدی را در گروه زنان مبتلا به سرطان کاهش دهد.

هدف های درمان گروهی رفتاری- شناختی آموزش مراجعان است که بتوانند شناخت های ناکارآمد خود را شناسایی و با شناخت های کارآمد جایگزین کنند و با وقایع ناخوشایندی که ممکن است در زندگی آنان اتفاق افتد، کنار بیاید. بنابراین جهت برنامه ریزی اقدامات مناسب، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاستهای مرتبط با آن در جامعه، نیاز به آشنایی با درمانهای مناسب از جمله درمان شناختی- رفتاری به صورت گروهی می باشد. داشتن اطلاعاتی پیرامون این روش درمانی میتواند در انجام فرآیندهای روانشناسانه جهت بیماران نیازمند متمر ثمر باشد، تا با انجام این اقدامات بتوان افسردگی را در این بیماران بهبود بخشیده و همچنین امید به زندگی را در آنها بالا برد. و همچنین از آنجایی که معنادرمانی و شرکت در گروه برای ایجاد حس همدردی و جلوگیری از تنهایی در افراد مؤثر است، محقق درصدد هستند با به کار بردن تکنیک های این روش تاثیر آنها را در کاهش افسردگی و افزایش امید واری در سندرم آشیانه خالی بررسی نماید. در ضمن نتایج حاصل از این تحقیق می تواند برای مدیران نظام سلامت نیز کاربرد داشته باشد تا با بهره گیری از نیروهای مجرب، توجه بیشتری به درمانهای غیر دارویی

نمایند و با این اقدام سرانه مصرف دارو کاهش یافته و بیماران عوارض جانبی دارویی کمتری را متحمل شوند و با صرف زمان و هزینه کمتری تعداد بیشتری از بیماران مبتلا به افسردگی، از این روش درمانی استفاده کنند. با توجه به اینکه پژوهش‌های چندانی در زمینه سندرم آشیانه خالی که یکی از هشت مرحله‌ی چرخه‌های زندگی خانوادگی می‌باشد (دووال، ۱۹۹۷)، صورت نگرفته پژوهش حاضر، در صدد پاسخگویی علمی به این سؤال است که آیا درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی تاثیر بیشتری دارد یا معنا درمانی گروهی؟ در نتیجه هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی می‌باشد.

روش شناسی

طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش جامعه آماری را زنان و مردان شهرستان قروه که فرزندان آنها را ترک کرده‌اند و از آنها جدا شده‌اند را شامل می‌شود، و حجم نمونه ۳۶ نفر اعم از زن و مرد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شد. افراد بطور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند، یک گروه آزمایش ۱۰ جلسه معنا درمانی به شیوه‌ی گروهی براساس دستورالعمل (فرانکل، ۱۹۶۳) را دریافت کردند، گروه دوم آزمایش ۱۳ جلسه روان‌درمانی رفتاری شناختی را بصورت گروهی بر اساس دستورالعمل (مایکل فری، ۲۰۰۵) را دریافت کردند اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند.

ابزار تحقیق

۱- پرسش‌نامه افسردگی بک فرم تجدیدنظر شده‌ی افسردگی بک **BDI-II** یک پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای خود گزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. هر

گروه سؤال شامل چهار گزینه است و نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است آزمودنی باید گزینه ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. نمره کلی از صفر تا شصت و سه می‌باشد. بک، در رابطه با فرم تجدید نظر شده بررسی انجام داده و عنوان کرد که این ابزار وجود و شدت علایم افسردگی را در بیماران و جمعیت نرمال و همچنین نوجوانان و بزرگسالان نشان می‌دهد. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیر بیماران ۰/۸ گزارش دادند (خالدیان و همکاران، ۱۳۹۲). ضریب پایایی در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

۲- پرسشنامه امیدواری، که توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه گیری می‌کند. متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار برابر ۰/۹۱ گزارش شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۷). به علاوه داده های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسشنامه امید و مواردی که میتواند پیش بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه های خوش بینی، انتظار دستیابی به هدف، و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (اشنایدر، ۲۰۰۲). ضریب پایایی در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان گروهی شناختی - رفتاری بر اساس دستور العمل

(مایکل فری، ۲۰۰۵)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی اعضا با دوره آموزشی و مقررات جلسه، صحبت در مورد	معرفی پژوهشگر، آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان اهداف و مقررات جلسه، بحث کلی در مورد درمان شناختی- رفتاری، امید به زندگی و افسردگی و اجرای پیش آزمون	تفکر در مورد مطالب گفته شده و تعریف دقیق درمان شناختی- رفتاری، امید به زندگی و افسردگی

مدل درمان شناختی رفتاری	
دوم	<p>آشنایی با ساختار جلسات و امید به زندگی و افسردگی</p> <p>مروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی الف: خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی. تمرین: اقدام برای شناخت یکدیگر؛ سخنرانی آموزشی</p> <p>تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می‌کنیم، تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شده. نوشتن ده مورد از بدترین حوادث اخیر زندگی</p>
سوم	<p>دسته بندی باورها و شناسایی افکار خودآیند منفی</p> <p>مرور تکلیف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: نظریه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خودآیند؛ تمرین: افکار خودآیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان.</p> <p>شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آنها؛ تمرین ریلکسیشن؛ نوشتن حوادث زندگی بر اساس توالی A (رویداد)، B (افکار منفی)، C (پیامد)</p>
چهارم	<p>مثبت بودن و تفکرات مثبت</p> <p>مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر مثبت؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ استفاده از عبارات تاکیدی مثبت</p> <p>پیکان عمودی؛ ریلکسیشن؛ نوشتن افکار مثبت</p>
پنجم	<p>درجه اعتقاد به باورها</p> <p>مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها می‌توان تغییر داد؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ ترسیم چگونگی ارتباط باورهای منفی باهم.</p> <p>آموزش دسته بندی باوره و امتیاز دهی به درجه اعتقاد به باورها و پیامدهای آنها.</p>
ششم	<p>نقشه شناختی</p> <p>مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه فهرست اصلی باورها؛ تمرین شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه‌های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تاثیر افکار و باورهای مثبت</p> <p>تهیه فهرست اصلی باورهای منفی و مثبت و درجه بندی هر باور.</p>
هفتم	<p>تجدید نظر و تغییر باورها</p> <p>تمرین: تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده اند؛ سخنرانی آموزشی، پذیرش و قبول اینکه باورها و افکار منفی قابل تغییر هستند و این امکان وجود دارد که افراد در مورد باورها تجدید نظر کنند. آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛</p> <p>تکمیل فهرست اصلی باورها و اعتقادات و تحلیل عینی باورهای شناسایی شده</p>
هشتم	<p>مثبت اندیشی</p> <p>مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی؛ تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین</p> <p>جایگزینی افکار منفی با افکار و باورهای مثبت و درجه اعتقاد به باورهای مثبت</p>

تحلیل همسانی؛			
نهم	تحلیل منطقی	مروور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه تحلیل منطقی؛	تحلیل منطقی تمامی طرحواره ها اعم از شرطی و قطعی.
دهم	سلسله مراتب و باور مخالف	مروور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسله مراتب؛ تمرین: تهیه حداقل یک سلسله مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باور مخالف؛	ایجاد باورهای مخالف؛ تهیه یک کارت که باورهای اصلی و منفی در آن نوشته شده باشد.
یازدهم	بازداری قشری اختیاری	مروور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازداری قشری اختیاری؛ سخنرانی آموزشی	تکمیل برگه های تغییر ادراکی به وسیله ی تصاویر مبهم؛ بازداری قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛
دوازدهم	تنبیه و پاداش	مروور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود - خود پاداش دهی؛ ب: روش های نگهدارنده؛	تنبیه خود - خود پاداش دهی برای تغییر فکر؛ تدوین یک طرح نگهدارنده و تمرین خیال پردازی
سیزدهم	جمع بندی نهایی	مروور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه یی برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه و اجرای پرسشنامه ها.	

جدول ۲. معنا درمانی به شیوه ی گروهی براساس دستورالعمل (فرانکل، ۱۹۶۳)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی اعضا با دوره آموزشی و مقررات جلسه، صحبت در مورد مدل درمان معنادرمانی	تعیین هدف گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث در مورد امید به زندگی و افسردگی و ارایه ی منشور گروه و قرارداد درمانی.	تفکر در مورد مطالب گفته شده و تعریف دقیق معنادرمانی، امید به زندگی و افسردگی و اجرای پیش آزمون
دوم	آشنایی با ساختار جلسات و امید به زندگی و افسردگی و سندرم آشیانه خالی	بیان مشکل، بحث در مورد سندرم آشیانه خالی و بحث در مورد اثرات سندرم آشیانه خالی بر ایجاد اختلالات روانی	دسته بندی و توصیف معنا های شخصی در زندگی
سوم	مسئولیت پذیری	گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی و مسئولیت پذیری نسبت به سرنوشت خویش	آگاهی یافتن و بینش نسبت به زندگی و امورات خود
چهارم	معنایابی	معنایابی و ایجاد معنا برای زندگی	تغییر نگرشها و گرفتن معنا از طریق راههای کشف معنا، یافتن معنا از طریق ارزشهای تجربی و ارزشهای اخلاقی (انجام دادن کار)
پنجم	خلق ارزشها	گرفتن معنا از خلق ارزشها و مسوولیت	توجه به ارزشهای خود، تمرکز برای رفع

مشکل با توجه به معنای زندگی و رهایی از		پوچی	
یافتن معنا از طریق ارزشهای نگرشی	گرفتن معنا از میان تجربه‌ی ارزشها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها	امید و رنج	ششم
مشمول بر شفقت، رنج بردن، شجاعت، شوخ طبعی و ...، ترسیم دقیقی از احساسات و عواطف خویش، خندیدن به مشکلات زندگی و توجه بیشتر به حکمت	شیوه نگرش مثبت نسبت زندگی، رنج و تمرکز بر این نوع نگرش و احساس مسئولیت و خوش بینی نسبت به گذشته و افکار مثبت نسبت به سرنوشت و آینده	معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسوولیت	هفتم
تقویت فردیت و تلاش برای اینکه تجربه منفی خود را به موضوعی مثبت تبدیل نماید	مسوولیت، خود حمایتی، علاقه‌ی اجتماعی و غلبه بر یاس و افزایش امید به زندگی	امید به زندگی	هشتم
تقویت خودباوری و عزت نفس، مشخص کردن تکالیف و پذیرش مسئولیت آنها و تلاش برای بالفعل کردن ارزشها	حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام مانند برای تعامل اعضا، حمایت عاطفی اعضا با یکدیگر و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر	حمایت اجتماعی	نهم
تعریف هدف و معنای جدید برای زندگی، اینار برای دیگران، کمک و حمایت از دیگران	خلاصه و جمع بندی جلسات و اختتام، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه و اجرای پرسشنامه‌ها	جمع بندی نهایی	دهم

یافته‌ها

هدف از پژوهش حاضرهدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی دو درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنا درمانیبه شیوه‌ی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی است که اطلاعات توصیفی و استنباطی مربوط به هر کدام از متغیرها و درمان‌ها در زیر ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و امید به زندگی در بین سه گروه

درمان	آزمون	افسردگی میانگین (انحراف معیار)	امید به زندگی میانگین (انحراف معیار)
شناختی- رفتاری	پیش آزمون	۳۷/۵۸ (۴/۴۸)	۱۶/۴۱ (۱/۹۷)
	پس آزمون	۲۶/۰۸ (۳/۳۹)	۲۳/۹۱ (۲/۱۵)
معنادرمانی	پیش آزمون	۳۸/۸۳ (۴/۱۵)	۱۴/۵۸ (۲/۰۶)
	پس آزمون	۲۳/۶۶ (۳/۰۵)	۲۴/۲۵ (۲/۳۷)
کنترل	پیش آزمون	۳۸/۲۵ (۴/۷۸)	۱۶/۷۶ (۱/۷۱)
	پس آزمون	۳۷/۷۵ (۵/۲۷)	۱۷/۹۱ (۱/۵۰)

براساس داده‌های جدول (۳)، میانگین و انحراف معیار، پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای افسردگی و امید به زندگی مربوط به درمان شناختی- رفتاری، معنادرمانی و گروه کنترل نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون برای افسردگی و امید به زندگی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
گروه (افسردگی)	۷۱/۳۵	۱	۳۵/۳۲	۲۲/۷۸	۰/۳۱
گروه (امید به زندگی)	۴۱/۷۳	۱	۳۲/۳۴	۲۰/۳۴	۰/۱۱

در جدول (۴) سطح معنی داری یا ارزش احتمالی به دست آمده برای افسردگی (۰/۳۱) $P \leq$ بالاتر از نقطه برش می باشد که نشان می دهد مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی که پیش شرط ورود برای تحلیل کوواریانس هستند، تخطی نشده است. در جدول (۴) سطح معنی داری یا ارزش احتمالی به دست آمده برای امید به زندگی (۰/۱۱) $P \leq$ بالاتر از نقطه برش می باشد که نشان می دهد مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی که پیش شرط ورود برای تحلیل کوواریانس هستند، تخطی نشده است.

جدول ۵. آزمون لون جهت برابری واریانس‌ها بین درمان گروهی شناختی رفتاری، معنا درمانی و

گروه کنترل

متغیرها	F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	۱/۴۷	۲	۳۳	۰/۲۴
امید به زندگی	۱/۳۱	۲	۳۳	۰/۲۸

همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌گردد سطح آماره (F) برای دو متغیر افسردگی و امید به زندگی معنی‌دار نیست ($P \geq 0/05$) و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین اعضای شرکت‌کننده (گروه درمانی شناختی-رفتاری، معنادرمانی و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند.

جدول ۶. جدول اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون واریانس افسردگی و امید به زندگی

اثر	ارزش	F	درجات آزادی	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلا	۰/۹۱	۱۳/۱۶	۴	۶۲	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۸	۳۶/۹	۴	۶۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۰/۹۴	۷۹/۳۸	۴	۵۸	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۰/۹۴	۱۶/۶۸	۲	۳۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول (۶) مشاهده می‌گردد مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۸ می‌باشد که در سطح ($P \leq 0/01$) معنی‌دار است. این بدین معنی است که بین سه گروه شناختی-رفتاری، معنا درمانی و کنترل از لحاظ دو متغیر افسردگی و امید به زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام نوع روش درمانی روی افسردگی و امید به زندگی نسبت به گروه کنترل تاثیر بیشتر داشته است از جدول تحلیل کواریانس چند راهه استفاده شده است که در جدول (۷) ارائه شده است.

جدول ۷. تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر شناختی-رفتاری، معنا درمانی

بر افسردگی و امید به زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون افسردگی	۲۵۶/۳۸۵	۱	۲۵۶/۳۸۵	۴۹/۱۱۵	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۲۱۴	۱	۰/۲۱۴	۰/۰۴۱	۰/۸۴۱
پیش آزمون امید به زندگی	۱۱۷۲/۱۰	۲	۵۸۶/۰۵	۱۱۲/۲۶	۰/۰۰۱
گروه	۴۴/۹۴۹	۱	۴۴/۹۴۹	۱۹/۲۰۵	۰/۰۰۱
پیش آزمون امید به زندگی	۰/۰۳۶	۱	۰/۰۳۶	۰/۰۱۵	۰/۹۰۲
امید به زندگی	۳۵۰/۰۶	۲	۱۷۵/۰۳	۷۴/۷۸	۰/۰۰۱
گروه					

همان طور که در جدول (۷) مشاهده می گردد با کنترل اثرات پیش آزمون، روش درمانی شناختی - رفتاری و معنادرمانی بر روی افسردگی و امید به زندگی نسبت به گروه کنترل تاثیر دارند ($P \leq 0/01$). برای مشخص شده اینکه بین گروه ها چه مقدار تفاوت وجود دارد از آزمون کمترین تفاوت معنی دار استفاده شده است که در جدول (۸) ارائه خواهد شد.

جدول ۸. خلاصه تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به گروهها

آزمون تعقیبی HSD	Sig	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات		
۰/۳۱۹	۰/۰۰۱	۴۱/۹۱۵	۶۸۰/۵۸۳	۲	۱۳۶۱/۱۶۷	افسردگی	گروه
۰/۳۱۹	۰/۰۰۱	۳۶/۴۳۲	۱۵۲/۴۴۴	۲	۳۰۴/۸۸۹	امید به زندگی	
			۱۶/۲۳۷	۳۳	۵۳۵/۸۳۳	افسردگی	خطا
			۴/۱۸۴	۳۳	۱۳۸/۰۸۳	امید به زندگی	

همانطور که از جدول (۸) مشاهده می شود ($\text{Sig} = 0/001 < 0/05$) می باشد که نشان دهنده این است بین گروهها تفاوت معنی داری وجود دارد. برای مشخص نمودن اینکه بین کدام گروه تفاوت معنی دار وجود دارد از آزمون توکی استفاده شد که مشخص شد نتایج معنی دار است و بین دو روش تفاوت معنی داری وجود دارد و با توجه میانگین گروهها مشخص شد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی تاثیر بیشتری دارد و معنا درمانی در افزایش امید به زندگی از درمان گروهی شناختی رفتاری موثر تر است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی دو درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی می باشد. با توجه به یافته های پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری نسبت به معنا درمانی در کاهش افسردگی تاثیر بیشتری دارد، و معنا درمانی در افزایش امید به زندگی از درمان گروهی شناختی رفتاری موثر تر است. که با نتایج پژوهشهای گویچپرس و همکاران (۲۰۰۸)، و محمد خانی و همکاران (۱۳۹۰)، همسو می باشد.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از درمان گروهی شناختی رفتاری، در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی سندرم آشیانه خالی مؤثر می‌باشد. که با نتایج پژوهشهای پدرام و همکاران (۱۳۸۹)، خالدیان و همکاران (۱۳۹۲)، حمید و همکاران (۲۰۱۱)، ادلمان و همکاران (۱۹۹۹)، اسمیتس و همکاران (۲۰۰۹)، شمسایی و همکاران (۲۰۰۹)، وسیگل و همکاران (۲۰۱۱)، همسو می‌باشد. از نتایج دیگر پژوهش این بود که معنا درمانی گروهی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی سندرم آشیانه خالی مؤثر می‌باشد، که با نتایج پژوهشهای غلامی و همکاران (۱۳۸۸)، گرفمی و همکاران (۱۳۸۸)، شعاع کاظمی و سعادت (۱۳۸۹)، مهرنژاد و رجبی مقدم (۱۳۹۱)، رضایی و همکاران (۱۳۹۱)، خالدیان و سهرابی (۱۳۹۳)، همسو می‌باشد.

نکته مهم در کاربرد روش گروهی این است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد و منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند (رنجبر و همکاران، ۱۳۸۹). درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد می‌شود بلکه به توسعه روابط آنها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند ضمن اینکه اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می‌کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند به همین دلیل اغلب بیماران در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده‌ی آنها به شاخص‌هایی می‌رسند که از درمانگر نمی‌گیرند. اعتقاد بر این است که گروه درمانی در بیشتر اختلالات روانی مؤثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود، ضمن اینکه تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرد، با افراد جدید آشنا شده، احساس

قدرت می کند و اعتماد به نفس وی بالا می رود. در مجموع به نظر می رسد کاربرد روش گروهی به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه است. در راستای تبیین نتایج حاصل از این پژوهش، که درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی نسبت به معنا درمانی تاثیر بیشتری دارد، باید گفت با توجه به اینکه نظام فکری فرد افسرده را افکار منفی او درباره ی خود، تجربه جاری و آینده تشکیل می دهند. افکار منفی درباره خود عبارتند از: اعتقاد فرد افسرده به این که او معیوب و بی کفایت است و چون باور دارد که معیوب است، معتقد است که هرگز به خوشنودی دست نخواهد یافت. افکار منفی فرد افسرده درباره ی تجربه، شامل تعبیرهای او از اتفاقاتی است که برای وی رخ می دهد. او موانع منفی را به صورت موانع غیر قابل گذر تعبیر می کند، حتی زمانی که دیدگاه های مثبت معقول تری درباره ی تجربه ی او وجود دارد. او به منفی ترین تعبیر ممکن درباره ی آن چه برای او رخ داده است، گرایش دارد. در نهایت، نگرش منفی فرد افسرده در مورد آینده نگرش درماندگی است. زمانی که او به آینده فکر می کند، باور دارد وقایع منفی که اکنون برای او رخ می دهند به دلیل نقایص شخصی او در آینده هم ادامه خواهند یافت (بک و همکاران، ۱۹۷۹). در واقع درمان شناختی- رفتاری در افسردگی بر تمایل منفی در فرایند اطلاعات که نتیجه ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده، که با باورهای ناسازگارانه ای که به وسیله ی فرد برانگیخته می شود، ارتباط دارد، تاکید می کند. بیشتر دیدگاههای اخیر از این مدل که بر ارتباط میان ماهیت رویدادهای افسردگی و تفسیرهای بیماران از این رویدادها تاکید دارد، حمایت می کنند. تکنیک های شناختی- رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و افسردگی را کاهش می دهند (هالون، ۱۹۸۱). بر اساس نظریه شناختی- رفتاری، افسردگی در نتیجه تحریف های شناختی خاصی در افرادی که مستعد افسردگی هستند به وجود می آید. این تحریف ها، طرحواره های افسردگی را نامیده می شوند و الگوی شناختی خاصی هستند که باعث می شوند فرد، داده های درونی و بیرونی

را تحت تاثیر تجارب اولیه، به گونه ای تغییر یافته درک کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵؛ ترجمه رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۴). در این روش بیمار تشویق می شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه هایی که باید به بوته ی آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودکار منفی است، به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. درمان شناختی- رفتاری می کوشد که درمانجو را به نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و طی آن از تجارب خود بیمار در یک رشته آزمایش های رفتاری به منظور ارزیابی درستی و نادرستی آن باورها سود برد (خالدیان و همکاران، ۱۳۹۲).

در تبیین این یافته که معنا درمانی در افزایش امید به زندگی تاثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی- رفتاری دارد میتوان گفت: معنا درمانی بر روی این نکته تاکید می کند که ناامیدی به علت بی معنا شدن زندگی ایجاد میشود. به عبارتی وقتی فرد به علت مسائل و مشکلاتش زندگی را بی معنا مینداند، دچار یاس و ناامیدی میشود. زندگی را سراسر هراس مبیند که به هیچ روشی نمیتواند بر این هراس خود غلبه کند، خود را موجودی دست و پا بسته در مقابل حوادث روزگار می بیند، فردی که بدون فرزندانش زندگی می کند فردی است که زندگی را بی معنا می بیند احساس می کند به آخر خط زندگی خود رسیده است، بدون اینکه به ارزش و هدف زندگی پی ببرد، زندگی خود را با دیگران مقایسه می کند و پیوسته این سؤال برای او مطرح است که چرا من از فرزندانم جدا گشته ام و همواره به دنبال دلیلی برای رنج و درد خودمی گردم. در شیوهی معنادرمانی، گمان بر این است که چنانچه فرد در زندگی هدف و معنائی داشته باشد توانا خواهد بود تا بر ناامیدی و به عبارتی بر اختلالهای روانی چیره گردد و با تکیه بر آزادی در گزینش زندگی، مسئول زندگی و وجودش باشد. معنادرمانی می کوشد فرد را بگونه ای از وظیفه ی مسئولیت پذیری اش آگاه سازد و این وظیفه را بر عهده ی خود فرد می گذارد که خود گزینش کند که در برابر چه کسی و چه چیزی مسئول است. بیمار با بکار گماری معنا درمانی می آموزد که دست از نگرانی بردارد و به چیز دیگری توجه کند. در عمل، فرانکل در دگرگون کردن توجه و دقت بیماران از نگرانی های بی مورد و نورویتیک به مسائل

اساسی تر هستی و معنی کاملاً موفق بود. بنابراین معنادرمانی نشانه‌های بیماری را برطرف می‌سازد و فرد را توانا می‌سازد تا با دشواریهای اساسی زندگی روبرو شود و به بهزیستی و سلامت روان برسد، که این نیز می‌تواند منجر به افزایش امیدواری در افراد گردد. از دیدگاه معنادرمانی یکی از اهداف اصلی کمک به افراد، یافتن معنایی برای زندگی است. وقتی که آنها چنین فکر نمی‌کنند، ناتوان و دچار ناامیدی می‌شوند، بنابراین علت ناامیدی در این است که ما باور نداریم زندگی با معناست (بابلی، ۲۰۰۰).

همچنین از نظر فرانکل، سرنوشت مانند مرگ قسمتی از زندگی و چیزی است که خارج از حوزه‌ی قدرت آدمی و مسوولیت اوست. از نگاه معنادرمانی، مرگ چهره‌ی زندگی را بی‌معنا نمی‌کند، بلکه موقتی بودن زندگی آن را پر معنا می‌سازد و مسوولیت آدمی را به او یادآوری می‌کند. انسان آزاد است تا در برابر سرنوشت و توانمندی زندگی، موضع مناسب و شکوهمندی را با سربلندی اتخاذ کند، از توانمندی زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی پا را فراتر بگذارد و در فضای بیکران بعد از تولدش قدم بگذارد (فرانکل، ۱۹۶۵). پایه‌ی نظری پژوهش معنا درمانی فرانکل بر این باور است که انسان وقتی با وضعی تغییرناپذیر مانند بیماری‌های درمان‌ناپذیر روبروست، این فرصت را یافته تا به عالی‌ترین و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد. مفهوم‌های بنیادین این نظریه را یافته تا به عالی‌ترین و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد. مفهوم‌های بنیادین این نظریه معنی جویی، معنای زندگی، آزادی و مسوولیت، معنای عشق، معنای رنج، معنای مرگ و حضور خدا در ناخداآگاه است (کرونک، لینچ و دنی، ۲۰۰۰). در صورت نداشتن معنا، با ایجاد اضطراب و افسردگی، روابط فرد و حمایت‌های اجتماعی وی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. داشتن معنا در زندگی با خوش‌بینی و رفاه در میان نوجوانان ارتباط دارد. هم داشتن معنا در زندگی و هم خوش‌بینی به میزان قابل توجهی با رضایت از زندگی و همچنین ساختار چند بعدی مشکلات روانی اجتماعی در ارتباط هستند (هو، ۲۰۱۰). با داشتن معنا، حمایت اجتماعی و فعال بودن، ارتباط برقرار کردن با دیگران یا ایجاد یک طرح فعالیت نیز می‌تواند به نوبه خود با پرورش درگیر شدن و ابراز هیجان به دیگران، به فرد کمک کند تا

برای زندگی خویش معنایی بیابد (ریچاردسون و همکاران^۱، ۲۰۰۶)، که میتواند منجر به کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی گردد.

شرکت در چنین جلسات آموزشی با تأکید بر معنا، هدف و ارزشهای زندگی و همچنین تعامل با هم‌تایان خود مسئولیت‌پذیری را در فرد افزایش می‌دهد. فرد با قبول این مسئولیت و پذیرش شرایط فعلی خود به فعالیت و تلاش برای بهبود خود تشویق می‌شود. این امر زمینه را برای افزایش امید به زندگی فراهم می‌کند.

از محدودیتهای پژوهش عدم وجود پژوهش مشابه در زمینه سندرم آشیانه خالی و مرتبط با موضوع در ایران و همچنین در خارج و جدید بودن موضوع بود و با جستجو در پایگاه‌های علمی - پژوهشی و سایتهای مختلف اینترنتی و جستجو در مجلات معتبر داخلی و خارجی هیچ پژوهشی با موضوع مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی چه در داخل ایران و چه در خارج ایران انجام نگرفته، که همین امر باعث شده بود که پیشینه کافی وجود نداشته باشد، و پژوهش حاضر از اولین پژوهشها می‌باشد. انجام تکالیف شفاهی در درمان شناختی رفتاری بجای تکلیف نوشتاری به دلیل کم سوادی برخی از آزمودنیها نیز از محدودیتهای پژوهش بود. از محدودیتهای دیگر پژوهش عدم انجام مرحله ی پیگیری به دلیل عدم دسترسی به آزمودنیها بود هر چند که مرحله پس از ۲ هفته بعد از آموزش اجرا شد. پیشنهاد می‌گردد که محققین این دوره از چرخه زندگی را نیز در موضوعات مختلف بررسی نمایند.

سپاس و قدردانی

پژوهشگر خود را موظف می‌داند به رسم امانتداری علمی و به پاس همکاری از تمام مردان و زنانی که همکاری داشته‌اند و پرسشنامه‌ها را پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت نموده‌اند تشکر و قدردانی نماید.

^۱.Richardson et al

منابع

- اسدی، محسن؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ پناه علی، امیر؛ حبیب اله زاده، حسین. (۱۳۹۰). اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش فرسودگی شغلی. *مجله اندیشه و رفتار*. ۶(۲۲): ۶۹-۷۸.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم؛ آیین پرست، ندا (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*. ۱(۴): ۶۱ - ۷۵.
- حسینی، سید محمد؛ کلانتر کوشه، سیدمحمد؛ میرزایی فندخت، امید. (۱۳۹۳). بررسی نقش جنسیت و اشتغال در رابطه میان بحران وجودی و امید به زندگی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۵(۱۷): ۲۳-۳۹.
- حسینی، سیده مونس. (۱۳۸۸). رابطه امید به زندگی و سر سختی روانشناختی. *مجله اندیشه و رفتار*. ۳(۱۲): ۵۷-۶۵.
- حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ عیدی بایگی، مجید؛ دهقانی زاده، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۱(۱): ۶۴-۵۴.
- خالدیان، محمد؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۳). اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*. ۴(۱۵): ۷۹-۱۰۴.
- خالدیان، محمد؛ غریبی، حسن؛ قلی زاده، زلیخا؛ شاکری، رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۳(۲): ۲۶۱- ۲۷۹.

رشیدی نژاد، حدیث؛ تبریزی، مصطفی؛ شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی والدین با رویکرد خانواده درمانی ستیر بر جو عاطفی خانواده. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۳(۳): ۱۱-۴.

رضایی، آذرمدخت؛ رفاهی، ژاله؛ احمدی خواه، محمد علی. (۱۳۹۱). اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۲(۷): ۳۷-۴۶.

زاهدبابلان، عادل؛ قاسم پور، عبدالله؛ حسن زاده، شهناز. (۱۳۹۰). نقش بخشش و سرسختی روان‌شناختی در پیش‌بینی امید. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۲(۳): ۱۹-۱۲.

سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا (۲۰۰۵). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. (ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان، ۱۳۸۴). تهران: انتشارات ارجمند.

سادوک، جیمز؛ سادوک، آلکوت. (۱۳۹۰). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۱).

سهرابی، فرامرز؛ دارایی، افسانه؛ راستگو، ناهید؛ جلالوند، محمد؛ اعظمی، یوسف. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و افسردگی در دانشجویان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۷(۲۵): ۹۱-۱۱۰.

شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ سعادت، معصومه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزشها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. ۳(۲۱): ۴۸-۴۰.

غلامزاده، مریم؛ عطاری، یوسفعلی؛ شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کارایی خانواده در زوجین مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهر اهواز. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۴۱: ۱۱۰-۸۷.

- غلامی، مریم؛ پاشا، غلامرضا؛ سودانی، منصور. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی. *مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۴۲، ۴۵-۲۵.
- فرانکل، ویکتور. (۱۹۶۳). انسان در جستجوی معنا. ترجمه مهین میلانی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات درسا.
- فری، مایکل. (۲۰۰۵). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. مترجمان مسعود محمدی (۲۰۰۵)، رابرت فرنام. تهران: رشد.
- کوری، جerald. (۱۳۸۷). نظریه و کاربرست مشاوره و رواندرمانی. (مترجم: یحیی سید محمدی). تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۸).
- گرفمی، هاجر؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۸۸). اثربخشی معنا درمانی به شیوه ی گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله اندیشه و رفتار*. ۴ (۱۳): ۴۲-۳۵.
- گلدنبرگ، ایرنه؛ گلدنبرگ، هربرت (۱۳۸۸). خانواده درمانی. ترجمه: حمیدرضا حسین شاهی، سیامک نقشبندی، الهام ارجمند. انتشارات: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۹).
- محمد خانی، پروانه؛ دابسون، کیت؛ حسینی غفاری، فاطمه؛ مومنی، فرشته. (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان نوین شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری و درمان معمول بر علائم افسردگی و سائر علائم روانپزشکی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳ (۱): ۱۹-۲۶.
- مهری نژاد، سید ابوالقاسم؛ رجبی مقدم، سارا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر افزایش امید به زندگی معتادان با ترک کوتاه مدت. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*. ۳ (۸): ۲۹-۴۲.
- هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس، پاول؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید. (۱۳۸۶). رفتار درمانی شناختی (ترجمه حبیب الله قاسم زاده). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۷).

وندر زندن، جیمز. (۱۳۸۷). روانشناسی رشد. ترجمه حمزه گنجی. انتشارات نشر ساوالان
(تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۸).

- Baboli, A. (۲۰۰۰). Evaluation of managers burnout to Boys government high schools in Tehran city. *Journal of Education Management*, ۲۶: ۴۴-۶۰.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (۱۹۷۹). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford press.
- Carson, V. (۲۰۰۰). Mental Health nursing. *Journal of Religion and Health*. ۳۷: ۲-۳.
- Carter, E. A., & Mc Goldrick, M. (۱۹۸۸). Overview: The changing family life cycle: A framework for family therapy. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds), *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (۲nd ed). New York: Allyn and bacon.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (۱۹۸۰). *The family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- Coleman, S. (۱۹۸۵). *Failures in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L., & Smits, N. (۲۰۰۸). Characteristics of effective psychological treatments of depression; A meta-regression analysis. *Psychother Res*. ۱۸: ۲۲۵-۲۳۶.
- Duvall, E. M. (۱۹۷۷). *Marriage and family development* (۲th ed). New York: Lippincott.
- Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (۱۹۹۹). Group CBT versus Supportive Therapy with Patients Who Have Primary Breast Cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, ۱۳(۲): ۱۸۹-۲۰۲.
- Frankl, V. (۱۹۶۵). *The doctor and the soul*. New York, Bantam Books.
- Frankl, Viktor (۱۹۸۸). *The will to meaning: foundations and applications of logotherapy*. New York: Teachers college press.
- Ho, Man Yee., Cheung, Fanny M., & Cheung, Shu Fai. (۲۰۱۰). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*. ۴۸(۵): ۶۵۸-۶۶۳.
- Hollon, S. D. (۱۹۸۱). Comparisons and combinations with alternative approaches in L. P.
- Jacobsen, B. (۲۰۰۸). *Intervention to existential psychology: A psychology for the unique human being and its application in therapy*. England: Wiley.
- Kamarzarin, H. (۲۰۱۳). The effectiveness of the logotherapy –based group counseling on reducing anxiety and increasing the life expectancy among mothers of the children of divorce. *World of Sciences Journal*. ۱(۸): ۷۹ – ۸۸.

- Khaledian, M., Parvaz, R., Garosi, M. R., & Habibzade, S. (۲۰۱۲). The Effectiveness of Logo Therapy on the Rise of Hopefulness in Empty-Nest Syndrome. *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*. ۲(۲): ۳۵۴-۳۵۸.
- Khaledian, M., Hasanpour, S., Kheirkhah, Z., & Ghalandari, S. (۲۰۱۲). The Relationship between Attachment Lifestyle with Depression and Life Expectancy. *Indian Journal of Education & Information Management*. ۲(۲): ۵۷۳- ۵۸۰.
- Kroencke, D. C., Lynch, S.G., & Denney, D. R. (۲۰۰۰). Fatigue in multiple sclerosis: relationship to depression, disability, and disease pattern, Department of Psychology, University of Kansas, Lawrence, Kansas, KS ۶۶۰۴۵, USA.
- Lukas, E., & Zwang Hirsh, B. (۲۰۰۲). Comprehensive handbook of psychotherapy. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Mohammadpoor, A. R. (۲۰۰۶). Victor Emil Erankle, founder of logo therapy. Tehran: Danesh publication.
- Pittman, F. (۱۹۸۱). Turning points: Treating families in transition and crisis. New York: W. W. Norton.
- Richardson Jim, H. S., Golden-Kreutz, S. A., & Anderson, D.M. (۲۰۰۶). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. England: Wiely.
- Roosen, H. G., Waart, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A., & Kerkbof, A. F. (۲۰۰۷). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*. ۱۷: ۳۱۱- ۳۲۳.
- Siegle, G. , Steinhauer, S. , Friedman, E. , Thompson, W., & Thase, M. (۲۰۱۱). Remission Prognosis for cognitive therapy for Recurrent Depression Using the Pupil: *Utility and Neural Correlates Biological Psychiatry*, ۷۹(۸): ۱۲۲۶-۱۲۳۳.
- Smits, J., Minhajuddin .A., & Jarret, R. (۲۰۰۹). Cognitive therapy for depressed adults with co morbid social phobia. *Journal of Affective Disorders*. ۱۱۴: ۲۷۱- ۲۷۸.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (۲۰۰۱). Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths. New York, Sage publication Inc.
- Snyder, C.R. (۲۰۰۲). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psycho Inq*. ۱۳: ۲۴۹-۲۷۵.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, S.A., Sigmon, S., & et al. (۱۹۹۱). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. ۶۰(۴): ۵۷۰-۸۵.

- Snyder, C.R., Ilardi, D., Stephen, S., Cheavens, J., Michael, J., Scott, T., Yamhure, L., & sympson, S. (۲۰۰۰). The role of hope in cognitive behavior therapies. *Cognitive therapy and Research*. ۲۴ (۶), ۷۴۷-۷۶۲.
- Steger, M.F. & Omishi, L. (۲۰۰۴). Is a life without meaning satisfying? *Journal of gerontology*. series B. ۵۹: ۱۲۵-۱۳۵.
- Terkelson, K. G. (۱۹۸۰). Toward a theory of the family life cycle. In E. A. New York: Gardner.