

اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان نوجوانان ناسازگار The effectiveness group logo therapy on religious orientation and mental health in maladjustment adolescences

Seyed Reza Jarchi

Hamdollah Habibi

Vahid Manzari Tavakoli

Vajihesadat Hashemizadeh

سیدرضا جارچی *

حمدالله حبیبی **

وحید منظری توکلی ***

وحیه‌السادات هاشمی‌زاده ****

چکیده

Abstract

What in logo therapy is considered as a pillar is meaning and purposeful of life. The same phenomenon exists in religion too and it affects the religious orientation and consequently mental relaxation of adolescences. This study investigated the effectiveness of group logo therapy on religious orientation and mental health in maladjusted adolescents. The statistical population of this study was maladaptive male students in secondary schools of Kerman who were referred to the counseling center of the Department of Education due to lack of compatibility in schools. During academic year of 1395-96 the number is 140 people. The sample was 30 male maladjusted students from the mentioned population. The initial 30 students were selected and recognized as maladjusted students using the adjustment inventory of high school students (AISS). Sample group had been matched with a view to academic achievement and IQ coefficient. They were randomly divided in two groups (15 students in experimental and 15 students in control group). The experimental group received philosophical logo therapy training schedule in ten meetings (every meeting about 90 minutes) and control group received no intervention. Pretest and post-test were an inventory including religious orientation and mental health (BioPSSI) scales. For the data analysis, mean, standard deviation and analysis of covariance was used. The results showed that group logo therapy training have a significant effect on religious orientation and mental health in maladjusted students ($P < 0.01$). Group logo therapy, with an emphasis on structures such as finding personal meaning in life and the meaning of suffering and the use of unique techniques and tasks given to subjects, is an effective way to influence religious orientation and subsequently mental health of adolescents.

Keywords: Group logo therapy, Religious orientation, Mental health, Maladjustment adolescence

آنچه در معنادرمانی به عنوان رکن و پایه در نظر گرفته می‌شود، بحث معنا و هدف‌مند بودن در زندگی است که در حوزه دین نیز مطرح است و بر جهت‌گیری مذهبی و به دنبال آن آرامش روانی نوجوان اثرگذار است. پژوهش حاضر با هدف شناخت اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان نوجوانان ناسازگار انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان پسر ناسازگار در مدارس مقطع متوسطه شهر کرمان که به دلیل عدم سازگاری در مدارس توسط مشاوران مدارس به مرکز مشاوره اداره کل آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند، تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۳۰ دانش‌آموز پسر ناسازگار از بود که با استفاده از مقیاس سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی ۳۰ نفر نخست انتخاب، و به عنوان دانش‌آموز ناسازگار تشخیص داده شدند. گروه نمونه از نظر بهره هوشی و پیشرفت تحصیلی هم‌تا شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل، هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. به گروه آزمایشی کارگاه آموزش معنی‌درمانی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد و گروه کنترل برنامه‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه قبل و بعد از آزمایش به مقیاس‌های جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد آموزش معنی‌درمانی گروهی تأثیر معناداری بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان دانش‌آموزان داشته است ($P < 0.01$). معنی‌درمانی با تأکید بر سازه‌هایی چون یافتن معنای شخصی در زندگی و معنای رنج و نیز تکلیف‌هایی که در آن به مراجع داده می‌شود، شیوه مؤثری در جهت اثرگذاری بر جهت‌گیری مذهبی و به دنبال آن سلامت روانی افراد نوجوان است.

واژه‌های کلیدی: معنی‌درمانی گروهی، جهت‌گیری مذهبی، سلامت روان، نوجوانان ناسازگار

* دانشجوی دکتری فلسفه تعلیم و تربیت، دانشگاه شاهد

** مربی، گروه الهیات، دانشگاه فرهنگیان، کرمان، ایران

*** نویسنده مسئول: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رفسنجان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، رفسنجان، ایران

email: v.manzari@ut.ac.ir

**** کارشناسی ارشد علوم تربیتی، گرایش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

مقدمه

دوران نوجوانی به دلیل رشد سریع و تغییرات ناگهانی و فوق‌العاده در ابعاد گوناگون اعم از جسمانی، عاطفی، روحی، به عنوان یک دوره حساس و مهم در رشد ویژگی‌های انتزاعی شخص محسوب می‌شود. این دوران به‌طور عمده دوره کاوش، انتخاب و فرایند تدریجی حرکت به سمت خودپنداره منسجم و هویت دینی مشخص است (بهمنی و همکاران، ۱۳۹۵). جنبه‌های متفاوت حرمت نفس، اطمینان به نفس، خودکارآمدی، صمیمیت و از همه مهمتر نگرش مذهبی در این دوره مهم دارای ارزش ویژه‌ای گردیده و خود را بیش از پیش نشان می‌دهند؛ اما نبود مهارت‌های مطلوب نوجوانان در رویارویی با مشکلات زندگی و بحران این دوره از زندگی، سبب گردیده تا این قشر از جامعه نتواند به درستی تصمیم مناسبی را بگیرد و در نتیجه موجب بروز برخی ناهماهنگی‌ها و ناسازگاری‌ها و سردرگمی در زمینه هویت مذهبی است. در این میان، به عامل ناسازگاری بایستی توجه ویژه داشت؛ زیرا دوره نوجوانی، زمان بروز دگرگونی‌های اجتماعی و عاطفی بسیار مهمی است که این رخدادها موجب بروز ناسازگاری-هایی در زمینه اجتماعی، ارزشی و اعتقادی برای نوجوان خواهد شد (کری، ۲۰۱۲). از مهم‌ترین و واضح‌ترین ویژگی‌های ناسازگاری در بافت اجتماعی می‌توان به نقص در شناخت اعتقادات و ارزش‌های دینی، فرار از مسئولیت، سطح پایین وظیفه‌شناسی و عدم رعایت قوانین اجتماعی اشاره کرد (بری و دیگران، ۲۰۰۴). این عوامل سبب می‌گردد تا نوجوان به نوعی احساس پوچی کرده و زندگی را بدون هدف و به نوعی بی‌ارزش و بی‌معنا تلقی نماید. یکی از شیوه‌هایی که می‌تواند به جبران این خلأ کمک نماید، معنی‌درمانی می‌باشد. معنی‌درمانی نوعی درمان مراجع محور می‌باشد که بر روی آینده شخص تمرکز می‌کند. این رویکرد روان‌درمانی اولین بار توسط ویکتور فرانکل و در سال ۱۹۳۸ مطرح گردید (حمیدی، منشایی و دوکانه‌ای‌فرد، ۲۰۱۳). در این رویکرد درمانی، درمانگر از مراجع سوالاتی را با هدف آگاه نمودن وی از بعد معنوی خویش می‌پرسد. همچنین معنی‌درمانی جزء جدایی‌ناپذیر رویکرد وجودی است. معنی‌درمانی را نسل سوم روان‌کاوی وینی می‌نامند. این کاربست با فاکتورهای خود می‌تواند در فرایند دستیابی بهتر به هویت و در نتیجه نوع رهایی از پوچی نقش عمده‌ای را ایفا نماید (رحیمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۴). بنا به نظر فرانکل، روان‌رنجوری انسان مدرن در شکست در معنی‌دهی به زندگی، نقص در ارزش‌ها و پوچی در زمینه وجودی و ذاتی ریشه دوانده است. در مداخلات روانشناختی، معنی‌درمانی دنیای کوچکی از دنیای واقعی می‌باشد که طی آن هدف مشارکت افراد، کشف خویشتن به عنوان شخصی دارای مجموعه‌ای از علایق مشترک می‌باشد (محمدی، دوکانه‌ای‌فرد و حیدری، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، آنچه در معنی‌درمانی به عنوان رکن و پایه در نظر گرفته می‌شود، بحث معنا و هدف‌مند بودن در زندگی می‌باشد که این حوزه در دین نیز وجود دارد؛ لذا معنی‌درمانی را می‌توان برخاسته از دین دانست. همان‌گونه که ابعاد آن در چارچوب اسلام قرار گرفته و دین اسلام نیز آن را تأیید نموده است. در این بین، یکی از عواملی که می‌تواند تحت تأثیر معنا، و به طور کلی معنی‌درمانی قرار گیرد، جهت‌گیری مذهبی می‌باشد، چرا که مذهب به عنوان یک نیروی روانشناختی می‌تواند بر جنبه‌های گوناگون زندگی انسان اثرگذار باشد (مک کلاو و ویلابی، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، وجود باورهای مذهبی می‌تواند بر روی عواملی مانند تنش و اضطراب، رفتارهای پرخطر نظیر مصرف سیگار و مواد مخدر

(بیچ، ۲۰۱۳)، فرار از مدرسه، افسردگی، اعتیاد به الکل (آشر و پاکت، ۲۰۰۳)، نقص در مهارت‌های اجتماعی، روابط درون فردی ضعیف و حرمت نفس پایین (دنیز و هامارتا، ۲۰۰۵)، کمروبی (باس، ۲۰۱۰؛ شری، ریچارد و زلوکوویچ، ۲۰۰۹؛ ارزوکان، ۲۰۰۹؛ جکسون و دیگران، ۲۰۱۵) و بروز افسردگی (فونتین و دیگران، ۲۰۰۹) تأثیر منفی گذاشته و از میزان آن‌ها بکاهد (زرگر، نجاریان و نعمی، ۱۳۹۴؛ ریو و وانگ، ۲۰۰۶؛ استوارت، ۲۰۱۵). به اعتقاد گروهی از پژوهشگران، مذهب به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها، نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم یافته، یکی از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در تمام عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم‌سازی تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (بهرامی‌احسان، ۱۳۸۹). دین و مذهب به عنوان یک کاتالیزور موجب شادمانی، رضایت از زندگی، امید و خوش‌بینی، هدفمندی و معنا در زندگی، و حرمت نفس گردیده و سبب بهبود در آن‌ها شده و همچنین بر روی عواملی نظیر احساس تنهایی، شدت افسردگی، شدت اضطراب، وقوع انواع روان‌پریشی، شدت خودکشی و نوع نگرش به آن و نیز ثبات در زندگی تأثیر مثبت گذاشته و موجب کاهش عوامل نامساعد یاد شده می‌شود (کوئینگ، مک‌کالو و لارسن، ۲۰۱۰). آپورت (به نقل از بدری و فرید، ۱۳۹۱) نیز به نوع جهت‌گیری مذهبی اشاره می‌کند. از نظر او مذهب طیفی است که از یک‌سو برای افراد معنایی ابزاری دارد و از سوی دیگر، نوعی معنا و معنایابی است که خود انگیزه اصلی زندگی است و ارزش درونی دارد و به دیگر محرک‌ها نیازی ندارد. اثر مهم دین در آرامش روانی، بهداشت و سلامت روانی و همچنین نقش آن در کاهش و بهبود بیماری‌های روانی و ناهنجاری‌های اجتماعی باعث شده است که مطالعات حوزه دین و روانشناسی در ابعاد مختلف رشد چشمگیری داشته باشد. در همین راستا، از دیگر زمینه‌هایی که معنی‌درمانی می‌تواند در آن به کار برده شود، حیطه‌های سلامت و به‌خصوص سلامت روان می‌باشد. نقص در سلامت روان یکی از مشکلات مزمن حوزه سلامت است که بالاترین میزان شیوع جهانی را به خود اختصاص داده است. این عامل یکی از دلایل شایع بیماری‌های مزمن در جامعه عمومی می‌باشد (لینداستروم، فریه و رزوال، ۲۰۱۴). در ادبیات پژوهشی تعاریف متنوع و زیادی از سلامت روان شده است. سازمان جهانی سلامت (۲۰۱۰، ۲۰۰۴) آن را حالتی از توانمندی افراد در تحقق قابلیت‌های خویش، کنارآمدن با استرس‌های زندگی، فعالیت‌های مولد و ثمربخش و کمک به گروه‌های مختلف اجتماعی تعریف کرده است. همچنین سلامت روانشناختی در معنای کلی می‌تواند به حالتی حاکی از نبود استرس، اضطراب، نشانه‌های افسردگی و مشکلات وابسته به روان دانست (یعقوبی، ۱۳۹۴). با این حال، کیز (۲۰۰۵) معتقد است که پژوهشگران برداشتی صحیح و جامع از این مؤلفه نداشته‌اند و بر همین اساس مدلی را برای سلامت روان ارائه می‌دهد. در مدل وی، سلامت روان به حالتی گفته می‌شود که: الف) هیچ‌گونه بیماری وجود نداشته باشد، و ب) میزان بهزیستی در سطح مطلوبی باشد؛ به‌گونه‌ای که دو وجه مذکور (یعنی بهزیستی و بیماری روانی) با هم ادغام گردیده و برای هردوی آن‌ها نیز شرایط کامل و ناکامل در نظر گرفته شده است. آن‌چه از تعریف فوق برمی‌آید، سلامت روان چیزی فراتر از فقدان بیماری می‌باشد که این ویژگی در پژوهش‌های ریف و سینگر (۲۰۰۶) نیز ذکر گردیده است. مذهب با ویژگی‌هایی که دارد می‌تواند از بروز و جلوگیری بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله افسردگی، اضطراب و اعتیاد نقش عمده‌ای ایفا نموده و بنابراین، موجب سلامت روان افراد شود (عابدینی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین

پژوهش‌ها در حوزه معنویت و سلامت روان از وجود رابطه مثبت میان آن‌ها خبر می‌دهد (جعفری و دیگران، ۲۰۱۰؛ غباری بناب و دیگران، ۱۳۸۸؛ مراویگلیا، ۲۰۰۷؛ فیزیفات، ۲۰۰۷؛ ریپنتروپا و دیگران، ۲۰۱۱؛ دولایتل، فالال، ۲۰۰۴؛ یانگ و جانسون، ۲۰۱۵).

ناول و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی معنادرمانی گروهی و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مذهب بر سازگاری اجتماعی و هویت دینی نوجوانان به این نتیجه رسیدند معنادرمانی به‌طور معناداری بر افزایش هویت دینی نوجوانان تاثیرگذار است و در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری مذهبی تاثیر بیشتری بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دارد. شیروانی و همکاران (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی با عنوان اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده در شهر کرمان انجام داد که نتایج نشان داد معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان تاثیر داشته است. تلفیق معنادرمانی با امور معنوی به زنان افسرده در معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی، توکل به پروردگار، راضی و قانع بودن نسبت به آنچه فرد دارد، توجه به تدبیرات و حکمت الهی در جهان، شناخت واقعیت دنیا و اینکه مقدمه آخرت است، کمک می‌کند و منجر به افزایش آخرت‌نگری و به دنبال آن سلامت روان آنان می‌گردد. همان‌گونه که بیان گردید، وجود برخی از ابعاد نامطلوب که در زندگی امروزه شایع شده است، موجب می‌گردد فرد به نوعی احساس پوچی و بی‌هدفی کند که در واقع ناشی از فراموشی خدا به‌عنوان مبدأ و مقصد زندگی می‌باشد و سبب شده انسان امروزی هنگامی که به پایان زندگی می‌اندیشد، آینده را تاریک و مبهم دیده و از آن هراسان گردد. در حالی که، معنادرمانی درست مانند دین با فراهم نمودن یک نظام فکری و عقیدتی منسجم در چارچوب مبدأ و معاد، واقعیت‌های زندگی را برای انسان قابل فهم کرده و باعث می‌شود که فرد احساس هدف-مندی و معناداری در این جهان داشته باشد (ناظمی‌اردکانی، ۱۳۹۴). از طرفی امروزه در تبیین آسیب‌های روانی و رفتارهای ناپه‌نجان نوجوانان و جوانان علاوه بر سه بعد «زیستی»، «روانی» و «اجتماعی»، بعد چهارمی تحت عنوان بعد «معنوی» نیز مورد توجه قرار می‌گیرد (اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۲). همین امر لزوم وجود مداخلات درمانی که بعد معنوی را نیز شامل می‌شوند، بارزتر می‌سازد. اما تعیین اثربخشی این نوع برنامه‌ها مستلزم شیوه‌ی مداخله و نیز نوع جامعه آماری می‌باشد؛ لذا در پژوهش حاضر تلاش شده است به بررسی تأثیر معنی‌درمانی بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در دانش‌آموزان ناسازگار شهر کرمان پرداخته شود.

روش

با توجه به اینکه این پژوهش به بررسی اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان نوجوانان ناسازگار می‌پردازد و با در نظر گرفتن انتخاب تصادفی افراد، طرح از نوع آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است.

جامعه آماری، نمونه و نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان پسر ناسازگار در مدارس مقطع متوسطه شهر کرمان که به دلیل عدم سازگاری در مدارس توسط مشاوران مدارس به مرکز مشاوره اداره کل آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند،

اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان نوجوانان ناسازگار

تشکیل می‌دادند که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تعداد آنها ۱۴۰ نفر بود. نمونه مورد بررسی عبارتند از ۳۰ دانش-آموز مقطع متوسطه از میان دانش‌آموزان ارجاع داده شده به مرکز مشاوره اداره کل آموزش و پرورش کرمان که پس از اجرای آزمون سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی (AISS) بر روی جامعه مذکور، بیشترین نمره را در این پرسشنامه داشتند (۳۰ نفر اول از جمع ۱۴۰ دانش‌آموز) و دانش‌آموز ناسازگار تشخیص داده شدند. گروه نمونه از نظر بهره هوشی و پیشرفت تحصیلی هم‌تا شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل، هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. به گروه آزمایشی کارگاه آموزش معنی‌درمانی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در مدت زمان تقریبی ۵۰ روز (هر ۵ روز یک جلسه) ارائه شد و گروه کنترل برنامه‌ای دریافت نکردند. قابل ذکر است که به گروه کنترل اطمینان داده شد پس از پایان کار به آنها نیز جلسات گروهی با رویکرد معنادرمانی ارائه خواهد شد. هر دو گروه قبل و بعد از آزمایش به مقیاس‌های جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان (BioPSSI) پاسخ دادند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از مداخله آزمایشی پژوهشگران به‌دست آمده است. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۶-۱۲ سال بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌های گروه آزمایشی برای اجرای درمان به این شرح بود: الف) عدم دریافت هرگونه درمان دیگر در طول دوره پژوهش، ب) اعلام رضایت تمام آزمودنی‌ها و والدین آن‌ها برای انجام پژوهش، و ج) بعضی از آزمودنی‌ها از داروهای آرام‌بخش و مسکن استفاده می‌کردند که این مصرف داروی آن‌ها با توجه به شرایطشان و همچنین احتیاط لازم (تحت نظر متخصص مربوطه که به آن مراجعه می‌کردند)، قطع گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری نظیر میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کوواریانس استفاده شد. داده‌ها به وسیله نرم افزار تحلیل آماری SPSS-۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

فرآیند اجرای برنامه آموزشی

طرح کلی جلسات معنی‌درمانی گروهی به صورت زیر بود:

جلسات اول و دوم: تعیین اهداف و قوانین گروه، تعریف و بیان معنی‌درمانی و لزوم وجود معنی در زندگی برای افراد با ذکر یک مثال؛ ارائه تکلیف به دانش‌آموزان به منظور اندیشیدن در مورد مطالب جلسه. دادن بازخورد، تعریف آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان و بیان این موضوع که انسان کاملاً تحت سلطه شرایط قرار ندارد و این خود اوست که حق انتخاب دارد که با شرایط مقابله کند. ارائه تکلیف.

جلسات سوم، چهارم و پنجم: مرور تکالیف جلسه قبل، مسئولیت شخصی که باید به عنوان یک بخش اجتناب ناپذیر وضعیت انسان تلقی شود. ما می‌توانیم از طریق ترمیم و بازسازی زندگی‌مان، سازگاری با دیگران را افزایش دهیم. صحبت درباره جنبه‌های متفاوت عشق و راهی برای رسیدن به معنی زندگی و به خاطر داشتن این مطلب که عشق یک پدیده انسانی است و باید مراقب بود که جنبه انسانی آن حفظ گردد.

جلسات ششم، هفتم و هشتم: مرور تکالیف جلسه قبل. بحث در مورد ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی و ارزش‌های گرایشی. ارزش‌های خلاق با فعالیت آفریننده و زایا ادراک می‌شوند؛ با عمل آفریدن اثری ملموس یا اندیشه‌ای ناملموس یا خدمت به دیگران که بیان فردی است، می‌توان به زندگی معنا بخشید. ارزش‌های تجربی مجذوب شدن در زیبایی‌های عالم طبیعت یا هنر است و ارزش‌های گرایشی آن‌هایی هستند که دگرگون ساختن

آن‌ها یا دوری گزیدن از آن‌ها در توان ما نیست، یعنی شرایط تغییرناپذیر سرنوشت به هنگام رویارویی با چنین وضعی، تنها راه معقول پاسخگویی پذیرفتن است. شیوه‌ای که سرنوشت خویش را می‌پذیریم، شهادتی است که در برابر مصیبت و مشکلات نشان می‌دهیم.

جلسات نهم و دهم: مرور تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، مرور موضوعات جلسه اول تا نهم به صورت نظری، اجمالی و عملی، اجرای پس‌آزمون (مقیاس جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان).

ابزار

در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی، جهت‌گیری مذهبی بهرامی احسان و سلامت اوناگر استفاده شده است.

مقیاس سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی (AISS): این مقیاس توسط سینها و سینگ (۱۹۹۳) به منظور کمک تشخیص دانش‌آموزان دبیرستانی ۱۴ تا ۱۸ ساله با سازگاری خوب از دانش‌آموزان با سازگاری ضعیف در سه حوزه عاطفی، اجتماعی و آموزشی تهیه شده است (کریمی، ۱۳۷۵). در این تحقیق از فرم نهایی ۶۰ ماده‌ای که گزینه‌های آن به صورت بلی و خیر می‌باشد، استفاده شده است. ضریب پایایی این مقیاس را به روش دو نیمه کردن برای کل مقیاس ۰/۹۵، خرده‌مقیاس‌های عاطفی ۰/۹۴، اجتماعی ۰/۹۳ و آموزشی ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (کریمی، ۱۳۷۵). در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی مقیاس فوق با استفاده روش کودر ریچاردسون و دونیمه کردن برای کل مقیاس ۰/۸۳ و ۰/۷۶، خرده مقیاس‌های عاطفی ۰/۸۸ و ۰/۷۸، اجتماعی ۰/۹۱ و ۰/۸۰ و آموزشی ۰/۸۵ و ۰/۷۲ به دست آمد.

مقیاس جهت‌گیری مذهبی بهرامی احسان (۱۳۸۰): چهارچوب اساسی این پرسشنامه، مرجعیت بخشیدن به ساختار روابط و مناسبات انسان در تمام ابعاد آن در پرتو رابطه‌ی انسان و خداست. این مقیاس از چهار خرده‌مقیاس تشکیل شده است: (۱) مذهب‌گرایی، (۲) سازمان‌نیافتگی مذهبی، (۳) ارزنده‌سازی مذهبی، و (۴) کام‌جویی (بهرامی-احسان و تاشک، ۱۳۸۳). تاکنون پژوهش‌های مختلفی برای تعیین روایی و اعتبار این آزمون انجام گرفته و نتایج رضایت‌بخشی بدست آمده است. از جمله این مطالعات می‌توان به پژوهشی تحت عنوان "بررسی روایی و اعتبار و هنجار یابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی" اشاره نمود که با هدف افزایش روایی و اعتبار مقیاس جهت‌گیری مذهبی بهرامی‌احسان انجام گرفته است. ضرایب قابلیت اعتماد این مقیاس ۰/۹۱ و ۰/۸۵ گزارش شده است. در این پژوهش روایی مقیاس به وسیله تحلیل عاملی اکتشافی محاسبه شد که وجود ۴ عامل را نشان داد و پایایی مقیاس نیز به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های مذهب‌گرایی، سازمان‌نیافتگی مذهبی، ارزنده‌سازی مذهبی و کام‌جویی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۸۲ و ۰/۸۷ به دست آمد، که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس است.

مقیاس سلامت اوناگر: انگل (۱۹۸۱) مدل زیستی-روانی-اجتماعی را به عنوان یک مدل کلی‌نگر جایگزین مدل‌های زیستی-پزشکی کاهش‌گرا در دوره خود ارائه داد. این مدل از این بحث می‌کند که بیماری و سلامت نتیجه تعامل بین جنبه‌های زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی است. این مقیاس در سال ۱۳۸۹ توسط بهرامی-

اثربخشی معنی درمانی گروهی بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان نوجوانان ناسازگار

احسان به فارسی ترجمه گردید. در این مقیاس چهار بعد بدنی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد سنجش قرار می‌گیرد. برای هر سؤال ۶ گزینه وجود دارد که فرد بر اساس این که چه مقدار آن را تجربه کرده، از صفر (هیچ وقت) تا ۵ (همیشه) به آن نمره می‌دهد. در هر مقیاس، نمره بالا نشان‌دهنده نشانه‌ها و محدودیت‌های منفی یا نبود نشانه‌های مثبت است (ابراهیمی و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۰). ۱۰ گویه اول، نشانه‌های بدنی، ۴ گویه بعدی نشانگان روانی است که مرتبط با اضطراب و افسردگی است. ۸ گویه پس از آن، نشانگان اجتماعی و ۷ گویه پایانی، نشانگان معنوی است. تمام مقیاس‌های چهارگانه اعتبار همزمان خوبی دارند و از همسانی درونی بالایی برخوردارند (ابراهیمی و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۰). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس‌های بدنی، روانی، اجتماعی و معنوی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۶۹ و ۰/۹۱ به دست آمد که بیانگر اعتبار مطلوب این مقیاس است.

یافته‌ها

نتایج عملکرد دو گروه آزمایشی و کنترل بر اساس میانگین و انحراف معیار در سلامت روان و مؤلفه‌های آن و جهت‌گیری مذهبی و مؤلفه‌های آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار جهت‌گیری مذهبی و مؤلفه‌های آن و سلامت روان و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل

مؤلفه‌ها	مراحل	کنترل		آزمایشی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مذهب‌گرایی	پیش‌آزمون	۳۱،۱۰	۷،۴۰	۳۱،۴۵	۷،۷۴
	پس‌آزمون	۳۰،۱۴	۷،۲۰	۴۲،۹۵	۸،۸۹
سازمان‌نا یافتگی	پیش‌آزمون	۱۸،۳۰	۴،۶۹	۱۸،۵۰	۴،۳۴
	پس‌آزمون	۱۷،۹۰	۴،۶۱	۲۸،۳۰	۶،۸۸
ارزنده‌سازی	پیش‌آزمون	۱۱،۳۰	۲،۴۳	۱۱،۴۵	۲،۲۳
	پس‌آزمون	۱۱،۲۰	۲،۴۷	۲۱،۳۵	۵،۹۵
کامجویی	پیش‌آزمون	۱۰،۴۵	۲،۲۵	۱۰،۵۰	۲،۱۴
	پس‌آزمون	۱۰،۲۵	۲،۴۵	۲۰،۹۵	۴،۳۱
جهت‌گیری مذهبی (کل)	پیش‌آزمون	۶۹،۶۰	۱۲،۵۰	۶۸،۲۰	۱۲،۳۲
	پس‌آزمون	۷۰،۳۱	۱۲،۸۳	۱۱۲،۸۱	۱۵،۴۵
بدنی	پیش‌آزمون	۱۱،۱۰	۴،۴۰	۱۱،۲۸	۴،۹۴
	پس‌آزمون	۱۱،۰۰	۴،۵۸	۲۱،۹۴	۶،۸۹
روانی	پیش‌آزمون	۵،۳۰	۲،۶۹	۵،۳۸	۲،۲۴
	پس‌آزمون	۵،۱۸	۲،۶۱	۱۱،۳۰	۳،۹۸
اجتماعی	پیش‌آزمون	۷،۳۰	۳،۴۳	۷،۲۰	۳،۲۷
	پس‌آزمون	۷،۲۰	۳،۴۷	۱۳،۳۵	۴،۹۵
معنوی	پیش‌آزمون	۶،۲۴	۳،۱۵	۶،۰۹	۳،۱۱
	پس‌آزمون	۶،۲۵/۵	۳،۲۵	۱۳،۹۵	۴،۷۵
سلامت روان (کل)	پیش‌آزمون	۲۶،۶۰	۶،۵۶	۲۶،۳۲	۶،۳۱
	پس‌آزمون	۲۶،۱۴	۶،۷۱	۵۷،۸۶	۸،۴۱

همان‌طور که مشاهده می‌شود با مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون هر دو متغیر در گروه‌های آزمایشی و کنترل چنین برآورد می‌شود که نمرات مؤلفه‌های جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان تغییر و بهبود چشمگیری داشته است. برای تعیین معنی‌داری این تفاوت‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این پژوهش، با کنترل آماری پیش‌آزمون به عنوان متغیر تصادفی کمکی یا هم‌پراش (کوواریانس)، میانگین نمره-های پس‌آزمون دو گروه تعدیل می‌شوند. برای بررسی پیش‌فرض همگنی کوواریانس از آزمون لوین استفاده شد که مقدار ۰/۷۸۴ و سطح معناداری ۰/۳۷ را نشان داد که عدم معناداری آن بیانگر همگنی واریانس‌ها بود. همچنین مقدار آماره باکس عبارت بود از ۱۹/۶۵ با سطح معناداری ۰/۱۷۱ که حاکی از همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف معنادار نشد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیر-های پیش‌آزمون است. یکی دیگر از موردهایی که قبل از تحلیل کوواریانس باید مورد بررسی قرار گیرد، وجود همگنی رگرسیون می‌باشد، آن‌گونه که خطوط رگرسیون هر دو گروه موازی باشد.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در متغیرهای جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان

متغیرها	آزمون کولموگروف اسمیرنوف	معناداری
جهت‌گیری مذهبی	۰/۶۲۴	۰/۴۱۱
سلامت روان	۰/۹۱۲	۰/۲۶۱

نتیجه بررسی همگنی رگرسیون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آزمون پیش‌فرض همگنی ضرایب رگرسیون در متغیرهای جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	جهت‌گیری مذهبی	۱۹/۱۸	۱	۱۹/۱۸	۱/۳۴	۰/۱۹
	سلامت روان	۱۵/۱۳	۱	۱۵/۱۱	۰/۸۸	۰/۶۷
گروه‌های آزمایشی	جهت‌گیری مذهبی	۲۴/۱۵	۱	۲۴/۱۵	۱/۰۷	۰/۴۷
	سلامت روان	۷۸/۱۴	۱	۷۸/۹	۰/۸۱	۰/۵۹
تعامل گروه و پیش‌آزمون	جهت‌گیری مذهبی	۱۸/۱۸	۱	۱۸/۱۸	۱/۲۷	۰/۲۷
	سلامت روان	۱۲/۵۶	۱	۱۲/۵۶	۱/۰۴	۰/۵۱
خطا	جهت‌گیری مذهبی	۳۹۷/۸۸	۲۸	۱۴/۲۱		
	سلامت روان	۳۳۷/۶۸	۲۸	۱۲/۰۶		

اثربخشی معنی درمانی گروهی بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان نوجوانان ناسازگار

در جدول شماره ۳ نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون متغیرهای جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان آورده شده است. چون F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح کمتر از $0/05$ معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند و این فرضیه پذیرفته می‌شود و می‌توان تحلیل کوواریانس را اجرا نمود. نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر جهت‌گیری مذهبی در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر جهت‌گیری مذهبی

Sig	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰,۰۱۷	۱۰,۳۹	۴۸۷,۵۶	۱	۴۸۷,۵۶	پیش‌آزمون
۰,۰۰۱	۳۹,۱۶	۱۸۵۴,۵۳	۱	۱۸۵۴,۵۳	گروه‌ها
		۴۷,۳۵	۲۸	۱۳۷۸,۴۵	خطا

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، به وسیله تحلیل کوواریانس، معنادار بودن تفاوت بین میانگین‌های نمره‌های پس‌آزمون جهت‌گیری مذهبی هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از منظور داشتن تفاوت اولیه بین دو گروه در پیش‌آزمون، آزموده شد و نشان داد که دو گروه در پس‌آزمون با نسبت $F_{1,27} = 39/16$ ، در سطح معناداری $P < 0/01$ ، با هم تفاوت معناداری داشته‌اند. یعنی پس از آموزش معنی‌درمانی گروهی به دانش‌آموزان، این گروه به طور معناداری بیش از گروه گواه به سؤالات آزمون جهت‌گیری مذهبی پاسخ دادند. لذا این فرضیه پژوهش که: «دانش‌آموزانی که برای آن‌ها کارگاه آموزشی معنی‌درمانی گروهی برگزار شده است نسبت به گروه گواه عملکرد بهتری در متغیر جهت‌گیری مذهبی داشتند»، در سطح معناداری $P < 0/001$ ، مورد قبول واقع شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر سلامت روان

Sig	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
.۰۰۱	۵,۸۹	۱۳۲,۴۵	۱	۱۳۲,۴۵	پیش‌آزمون
.۰۰۰۱	۱۸,۳۱	۴۱۱,۵۱	۱	۴۱۱,۵۱	گروه‌ها
		۲۲,۴۷	۲۷	۶۰۶,۷۳	خطا

در جدول شماره ۵ به وسیله تحلیل کوواریانس، معنادار بودن تفاوت بین میانگین‌های نمره‌های پس‌آزمون سلامت روان هر دو گروه آزمایشی و کنترل پس از لحاظ کردن تفاوت اولیه بین دو گروه در پیش‌آزمون، آزموده شد و نشان داد که دو گروه در پس‌آزمون با نسبت $F_{1,27} = 18/31$ ، در سطح معناداری $P < 0/001$ ، با هم تفاوت معنادار داشته‌اند. یعنی پس از آموزش معنی‌درمانی گروهی به دانش‌آموزان، گروه آزمایش به طور معناداری بیش از گروه گواه به سؤالات آزمون سلامت روان پاسخ دادند. پس این فرضیه پژوهش که: «دانش‌آموزانی که برای آن‌ها کارگاه آموزشی معنی‌درمانی گروهی برگزار شده است نسبت به گروه گواه عملکرد بهتری در متغیر سلامت روان خواهند داشت»، در سطح معناداری $P < 0/001$ ، مورد قبول واقع شد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان نوجوانان ناسازگار انجام شد. نتایج نشان داد که معنی‌درمانی گروهی می‌تواند جهت‌گیری مذهبی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان را بهبود بخشد. با تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مشخص شد که اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر جهت‌گیری مذهبی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان ناسازگار در سطح معناداری $P < 0/001$ تأیید شد. اولین یافته پژوهش، اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر بهبود جهت‌گیری مذهبی دانش‌آموزان ناسازگار بود که این فرضیه در سطح $0/001$ تأیید شد. این نتیجه به‌گونه‌ای با یافته‌های زاده‌وش و دیگران (۱۳۹۰) هم‌خوانی دارد. در معنی‌درمانی، تقویت نگرش‌ها و عملکردهای مذهبی و نیز پرداختن به اصول و اعتقادات دینی در افراد به عنوان یک رکن مهم مدنظر قرار می‌گیرد، در نتیجه همان‌گونه که از طریق تحلیل کوواریانس در این پژوهش عنوان گردید، معنی‌درمانی سبب جهت‌گیری مذهبی صحیح و بهنجار می‌گردد و در مقایسه با گروه کنترل، دارای بهبود و تأثیر عمده‌ای خواهد داشت. پژوهش‌ها حاکی از آن است که با افزایش جهت‌گیری مذهبی، فرد اضطراب و افسردگی کمتری را داشته و لذا از سازگاری بهتری برخوردار می‌باشد. جهت‌گیری مذهبی، نگرش مذهبی را در پی خواهد داشت که تقویت این عامل می‌تواند افزایش حرمت نفس و کاهش علائم افسردگی شود (کیز و ریتزس، ۲۰۰۷؛ تروینو و دیگران، ۲۰۰۷). معنادرمانی نیز مانند مذهب به عنوان یک ساختار ارزشی و

اخلاقی، در معنادادن به زندگی افراد نقش انکارناپذیری دارد (رضایور میرصالح، ۱۳۹۵). معنی‌درمانی درست مانند مذهب با ترسیم مسیری هموار در مقابل بشر و نشان دادن مقصد و هدف این حرکت، او را از بی‌هدفی رها می‌سازد و از آنجا که این هدف آن‌قدر برای نوجوان مهم و جذاب است، وی را وادار به حرکت به سمت برنامه‌ریزی بهتر برای رسیدن به هدفش می‌کند و از طریق آموزه‌های معنی‌درمانی به این نتیجه می‌رسد که همه نیازهای سفر او را مذهب‌گرایی به بهترین شکل ممکن مهیا می‌سازد. تبیین معنای زندگی و مرگ و توجیه و آرام کردن رنج و ارزش‌های اخلاقی، هدایت بشر و رسانیدن او به کمال نهایی از رسالت‌های عمده مذهب می‌باشد، به طوری که نوجوان و جوان بتواند در زندگی فردی و اجتماعی خود موفق باشد و بتواند به کمک دین و امور مذهبی به سر منزل مقصود، که همان سعادت ابدی است، برسد. معنی‌درمانی نیز مانند رویکردهای مذهبی و به ویژه اسلام، برای هدف در زندگی، فلسفه زندگی و آزادی اراده، فوق‌العاده ارزش قائل است. همچنین در مداخله گروهی معنی‌درمانی اصل پذیرش مسئولیت از اهمیت خاصی برخوردار است. نوجوان با حس مسئولیت احساس می‌کند که کنترل امور و اوضاع زندگی‌اش از دستش خارج نشده است و می‌تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی کنترل اوضاع را در دست داشته باشد. احساس حاکمیت و تسلط بر امور زندگی و تغییر کنترل بیرونی به کنترل درونی، کاهش ناامیدی و یأس در رسیدن به خواسته‌ها در فرد می‌انجامد و باعث توجه به امور مذهبی در او می‌شود.

یافته دوم این پژوهش عبارت است از اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر افزایش سلامت روان دانش‌آموزان و بررسی نتایج پس‌آزمون و مقایسه آن با نتایج حاصل از اجرای پیش‌آزمون، نتایج نشان داد این فرضیه نیز در سطح 0/001 تأیید می‌شود. این نتایج با یافته‌های قاسمی، کجباف و ربیعی (۱۳۹۰)، میشل و دیگران (۲۰۰۹)، سین و لایومیرسکی (۲۰۰۹)، هاپچینسون و چاپمن (۲۰۰۵)، کیونگ‌آه و دیگران (۲۰۰۹) و شالنبرگ (۲۰۰۳) هم‌سو می‌باشد. پژوهش‌ها حاکی از آن است که معنی‌درمانی بر خوش‌بینی به عنوان یک مؤلفه مهم روانشناسی مثبت نیز تأثیرگذار است که این خود سبب افزایش امید، انگیزه و سلامت روان در وی می‌شود. همان‌گونه که غلامی، پاشا و سودانی (۱۳۸۸) عنوان نمودند، معنی‌درمانی امید و انگیزه را بالا برده و لذا سبب سازگاری هرچه بیشتر و بهتر با شرایط موجود و به تبع آن افزایش سلامت روانی افراد می‌گردد. معنویت را می‌توان واقعیتی درونی دانست که به فرد کمک می‌کند تا به اهمیت بعد وجودی خود پی ببرد (شیلدریک، ۲۰۰۷). معنی‌درمانی فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگرچه نمی‌تواند همه مشکلات زندگی خویش را حل کند، اما می‌تواند یاد بگیرد روش مقابله با آن را بیابد و در مقابل آن رویداد واکنش نشان دهد. همچنین شخص به این آگاهی می‌رسد که تجربه مشکلات متفاوت می‌تواند یافتن معنی در زندگی یا تحقق آن را در موقعیت خاصی آسان یا مشکل نماید و این اصل به قوت خود باقی است که معنی در هر شرایطی، حتی در ناگوارترین حالات قابل تصور، دست‌یافتنی است، در نتیجه افزایش سلامت روان را به دنبال خواهد داشت. همچنین دانش (۱۳۸۳) در پژوهشی تأثیر خودشناسی اسلامی (از ابعدی می‌باشد که معنی‌درمانی به آن می‌پردازد)، را در حفظ و ایجاد بهداشت روان و یا افزایش سلامت روان تأیید نموده است.

باید توجه داشت که در معنی‌درمانی گروهی فرد به فلسفه جدیدی در مورد زندگی دست می‌یابد. پس از آن، نحوه برقراری ارتباط صحیح و احترام به دیگران را که فراگرفته، با عشق به هم‌نوعان و خدمت به آن‌ها تکمیل می‌کند که این فرآیندها در مجموع به کسب مهارت‌های اجتماعی افراد و متعاقب آن افزایش سازگاری اجتماعی آنان کمک می‌کند و همچنین مشکلات ناسازگاری آنان در اجتماع را کاهش می‌دهد. در واقع معنی‌درمانی موجب رشد ابعاد تعالی فرد می‌شود که در این میان، موضوعات معنوی را نیز شامل می‌شود. در جلسات درمانی، مراجع به سوی جستجوی اعماق معنای وجودی خویش هدایت می‌شود. هدف معنی‌درمانی سعی در فهم فرد کامل و بُعد روحانی وی از نگاه روانشناسانه است (حمیدی، منشایی و دوکانه‌ای‌فرد، ۲۰۱۳). همچنان که پژوهش‌های زیادی نشان داده است که مداخلات معنوی می‌توانند در پیشگیری و بهبود دامنه وسیعی از بیماری‌ها موثر واقع شوند (ریچاردز و برگین، ۲۰۱۴).

یکی از ویژگی‌های برجسته و قابل توجه در این روش این است که تنها به کاربرد بهنجار اکتفا نمی‌شود، بلکه مراجع را به گام نهادن در مسیر رشد معنوی و یافتن معنای زندگی تشویق می‌کند که این مسیر حتی تا پایان دوره درمان نیز ادامه دارد. بنابراین، می‌توان رویکرد معنی‌درمانی گروهی را به عنوان روشی قوی برای اصلاح ساختارهای ذهنی همچون جهت‌گیری مذهبی صحیح، افزایش ابعاد مختلف سلامت روان و کاهش ناسازگاری به کار برد، سبب کاهش نشانگان این اختلال شد و به مراجع در نیل به رشد، تعالی، شکوفائی، یافتن معنا و هدف و بالندگی در زندگی کمک نمود. از طرف دیگر، در تبیین اثربخشی رویکرد معنی‌درمانی، باید عنوان نمود که این روش با تأکید بر سازه‌هایی چون یافتن معنای شخصی در زندگی و معنای رنج، و استفاده از تکنیک‌های منحصر به فردش و نیز تکلیف‌هایی که در آن به مراجع داده می‌شود، گام‌های مؤثری را در جهت اثرگذاری بر فکر و ذهن او می‌گذارد و از این‌رو، نه تنها می‌تواند نقش مهمی را بر آنچه که تحت عنوان ناهنجاری تلقی می‌شود گذاشته، بلکه در افراد بهنجار نیز توان اثربخشی مناسبی را دارد. در واقع همان‌طور که در منابع متعددی (برای مثال سلیگمن، ۱۳۹۱، ص ۱۶۳) عنوان گردیده، برخی از فضیلت‌ها و قابلیت‌ها از نظریه معنی‌درمانی برخاسته است. در اینجا به وضوح مشخص می‌گردد که معنی‌درمانی تا چه حد نزدیک به رویکرد مورد استفاده در تعالیم اسلامی و همچنین کلام بزرگان دین می‌باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت در جامعه آماری و داده‌های آن اشاره نمود که بر اساس داده‌های خودگزارش دهی می‌باشد و همین ویژگی، زمینه سوگیری را فراهم می‌نماید. جهت رفع این نقص بهتر است از مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، و درجه‌بندی به‌وسیله‌ی خانواده و هم‌سالان استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود این کاربست بر روی سایر جوامع سلامت و نیز بالینی صورت پذیرد تا دیگر ابعاد اثربخشی آن مشخص گردد. از سوی دیگر، نیاز است در تحقیقات آینده، تأثیر این رویکرد درمانی بر سایر سازه‌ها و متغیرهای روانشناختی نظیر انواع افسردگی، فوبی، اضطراب، پرخاشگری و اختلالات سلوک و ضد اجتماعی بررسی نمایند تا تبیین جامع‌تری از این رویکرد درمانی فراهم شود. همچنین انجام آزمون پیگیری پس از انجام دوره درمان به

اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان نوجوانان ناسازگار

منظور ارزیابی بلندمدت اثرات این روش درمانی و تثبیت آموزش‌های جلسات انتهایی و در نهایت انجام جلسات بازآموزی و یادآوری پس از خاتمه دوره درمان به منظور بروز از هرگونه افت اثر درمان پیشنهاد می‌شود.

References

- Abedini, Yasmin; Rajaiepor, Saeed and Salouzadeh, Alireza (2016). Investigating the Relationship between Spiritual Intelligence and Servant Leadership in High School Principals, *Journal of Applied Psychological Research*, 6, 4, 31-43.
- Asher, S.R., & Paquette, J.A. (2003). Loneliness and peer relation in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 75-78.
- Badri Gargari, Raheem and Farid, Abolfazl (2013). The Relationship between Religious Orientation and Physical, Psychological, and Spiritual Health Behaviors and the Mediating Role of Challenging Assessment, *Journal of Strategy Strategy*, 20, 3, 67-82.
- Bahmani, Behnaz, Torabian, Sahrasadat, Rezainejad, Salar, Manzari Tavakoli, Vahid and Moeinifard, Mojgan (2017). Effectiveness of emotional self-efficacy training on social adjustment and social anxiety in adolescents, *Journal of Applied Psychological Research*, 7, 2, 67-78.
- Bahrami, Ehsan, Hadi, and Tashak, Anahita. (2005). Dimensions of Relationship Between Religious Orientation and Mental Health and Evaluation of Religious Orientation Scale. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 34 (2), 63-41.
- Bas, G. (2010). An investigation of the relationship between shyness and loneliness levels of elementary students in a Turkish sample. *International Journal of Educational Sciences*, 2(2), 419-440.
- Beri, J., Berlenn, K.E., Blackmon, M.E., Jackson, L.S., & Petrie, J. (2004). *Social maladjustment* (A Guide to Differential Diagnosis and Educational Options). Wayne County Regional Educational Service Agency.
- Carey, D.C. (2012). *Exposure to Community Violence and Social Maladjustment among Urban African American*. Master's thesis, Loyola University Chicago.
- Deneulin, S., & Rakodi, C. (2011). Revisiting religion: development studies thirty years on. *Journal of Psychological Development*, 39(1), 45-54.
- Deniz, M.E., & Hamarta, E.A.R. (2005). An investigation of social skills and loneliness levels of university students with respect to their attachment styles in a sample of Turkish students. *Social Behavior and Personality*, 33(1), 19-30.
- Doolittle, B.R., & Farrell, M. (2004). The association between spirituality and depression in an urban clinic. The Primary Care Companion. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), 114- 118.

- Ebrahimi, Abolfazl., And Bahrami-e Hassan, Hadi. (2012). The Relationship of the Future with Health at Tehran University Students and Religious Science scholars of Qom Seminary. *Psychology and Religion*, 4 (2), 62-45.
- Ezhei, Javad; Manzari Tavakoli, Vahid and Hosseini, Seyed Rehman (2012). Investigating the Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy, Group Therapy and Their Combination on Social Adjustment of Students. *Journal of Research in Psychological Health*, Volume 6, Issue 3, 30-40.
- Fontaine, R.G., Yang, C., Burks, V.S., Dodge, K.A., Price, J.M., Pettit, G.S. & Bates, J.E. (2009). Loneliness as a partial mediator of the relation between low social preference in childhood and anxious/depressed symptoms in adolescence. *Development and Psychopathology*, 21, 479-491.
- Hamidi, E., Manshaee, G.R., & Dokanheifard, F. (2013). The Impact of logotherapy on marital satisfaction. *Procedia, Social and Behavioral Sciences*, 84, 1815-1819.
- Hills, J., Paice, J.A., Cameron, J.R., & Shott, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 8(4), 782-788.
- Hutchinson, G.T. & Chapman, B.P. (2005). logotherapy- Enhanced REBT: an integration of discovery and reason. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 145-150.
- Jafari, E., Dehshiri, Gh.R., Eskandari, H., Najafi, M., Heshmati, R., & Hoseinifar, J. (2010). Spiritual well-being and mental health in university students. *Social and Behavioral Sciences*, 5, 1477-1481.
- Jang, S.J., & Johnson, B.R. (2004). Explaining religious effects on distress among African Americans. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(2), 239-260.
- Kang, K.A., Im, J.I., Kim, H., Su, K.S.J.S., Mikyung, S., & Song, Y. (2004). The Effect of logo therapy on the Suffering, Finding Meaning, and spiritual well-being of Adolescents with Terminal cancer. *Journal of Clinical Psychology*, 77, 71-80.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C.L.M., & Reitzes, D.C. (2007). The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults. *Aging & Mental Health*, 11(4), 434-443.
- McCullough, M.E. & Willoughby, B.L.B. (2009). Religion, self-Regulation, and self-Control: associations, explanations, and implications. *Psychological Bulletin*, 135(1), 69-93.

- Meraviglia, M. (2007). Effects of spirituality on Wellbeing of people with lung cancer. *Journal of Oncology Nursing Forum*, 33(1), 89-94.
- Mitchell, J., Stanimirovic, R., Klein, B. & Vella-Brodrick, D.A. (2009). A randomized controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being, *Computers in Human Behavior*, 25(3), 749-760.
- Mohammadi, F., Dokaneifard, F., & Heidari, H. (2014). Effectiveness of logo therapy in hope of life in The women depression. *Social and Behavioral Sciences*, 159, 643-646.
- Naval, V. Akuchakian A , & Maraci M (2013). Comparison of Effect of Logotherapy and Religious Cognitive- behavior Therapy on social adjustment and religious identity, *Social and Behavioral Sciences*, 31, 1630- 1638.
- Nazemi Ardakani, Fatemeh, Bahrami-Ehsan, Hadi, Alipour, Ahmad, Noshin, Bayat (2016). The Effectiveness of Spiritual-Religious Intervention Based on Islamic Approach on Safety and Psychological Indicators in Patients with Rheumatoid Arthritis, *Journal of Applied Psychological Research*, 6, 4, 113-131.
- Rahimi-Nejad, Abbas; Rahimi-Jafari, Mahboubeh and Health, Peyman (2016). Identity style with psychological, social and emotional well-being: mediating role of commitment and acceptance of religious identity, *Journal of Applied Psychological Research*, 6, 4, 95-112.
- Rew, L., Wong, Y.A. (2006). Systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38, 433-442.
- Rezapur Mirsaleh, Yaser (2017). Comparison of cognitive therapy based on self-esteem based on Iranian-Islamic model with conventional cognitive therapy based on self-knowledge on reduction of marital conflicts, *Journal of Applied Psychological Research*, 7, 1, 57-69.
- Richards, S.P., & Bergin, A.E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. 2nd edition. U.S.A, American Psychological Association.
- Rippentropa, E., Altmaierb, M.E., Chena, J.J., Founda, E.M., & Keffala, V.J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Journal of Pain*, 116(3), 311-321.
- Saremad, Zohreh, Bazargan, Abbas, and Hejazi, goddess. (2009). *Research Methods in Behavioral Sciences*. Tehran: Publishing Aq, fifth edition.
- Shiravani, Mahboubeh; Khezri Moghadam, Nushirvan and Manzari Tavakoli, Vahid (2018). Effectiveness of Altogether with Recitation of the Qur'an and prayer for the atheistic and mental health of depressed women in Kerman, *Journal of Psychology and Religion*, under publish.

- Stewart, C. (2015). The influence of spirituality on substance use of college students. *Journal of Drug Education: Substance Abuse Research and Prevention*, 31(4), 343–351.
- Trevino, K.M., Pargament, K.I., Cotton, S., Leonard, A.C., Hahn, J., Caprini-Faigin, Compen, A. (2007). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS and Behavior*, 14(2), 379-389.
- WHO. (۲۰۰۴). *Investing in mental health*. Geneva: WHO.
- Yusoff, M.S.B. (2014). Interventions on medical students' psychological health: A meta-analysis. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 9(1), 1-13.