

اثربخشی معنادرمانی گروهی فرانکل بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش‌آموزان بی‌سرپرست و بدسرپرست احمد شجاعی^۱ و بهروز اسکندرپور^۲

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی فرانکل بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش‌آموزان بی‌سرپرست یا بدسرپرست تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» شهرستان اردبیل بود. برای وصول به این هدف، از بین جامعه آماری که شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع دبیرستان کمیته امداد امام خمینی «ره» شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ می‌باشد، ۳۲ دانش‌آموز (دارای میانگین پایین‌تر از نقطه برش در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی) از میان جامعه آماری به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته، پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی و مقیاس شادکامی بود. ضمن آنکه روش تحقیق پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی آزمایشی با کار آزمایشی بالینی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد، داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دو گروه دانش‌آموزان تحت پوشش و گروه کنترل در خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و شادکامی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که بین دو گروه بعد از آموزش معنادرمانی خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و شادکامی افزایش یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از آموزش معنادرمانی می‌توان برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: هوش معنوی، بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی

۱. نویسنده‌ی رابط: استادیار گروه معارف اسلامی، دانشگاه محقق اردبیلی (shojaei.ahmad50@gmail.com)

۲. استادیار گروه مدیریت، دانشگاه پیام نور

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۲۱

مقدمه

یکی از این گروه‌های در معرض آسیب‌های اجتماعی نوجوانان بی‌سرپرست یا بدسرپرست می‌باشد. دوران نوجوانی مقطع بسیار حساسی از زندگی فرد است که در آن نوجوانان با تغییر گسترده شناختی و ساختاری رو به رو است (حسینی، موسوی و رضازاده، ۲۰۰۳). فقدان توجه به سلامت روان نوجوانان به ویژه نوجوان بی‌سرپرست یا بدسرپرست (مثل دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام «ره» یا بهزیستی و غیره) منجر به ایجاد اختلال‌های روانی با پیامدهایی طولانی در دوران زندگی می‌شود و ظرفیت مولد و ایمن بودن جوامع را کاهش می‌دهد. بنابراین، شناخت توانایی‌ها و همچنین اختلال‌های روانی نوجوانان زمینه شناسایی مسایل و برنامه‌ریزی برای سیاست‌های مناسب، سلامت آنان در آینده را فراهم می‌کند.

با توجه به ساختار جمعیتی ایران و جوان بودن جمعیت، توجه به بهبود کیفیت زندگی در نوجوانان ایرانی اهمیت ویژه‌ای دارد و مشکل‌های سلامت روان به‌عنوان عامل خطری برای گسترش بعدی اختلال‌های روان‌شناختی نظیر رفتارهای ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد، افسردگی یا اختلال‌های روانی است (امامی، قاضی نور، رضایی و ریچتر، ۲۰۰۷). سلامت روان نوجوان از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی: ظرفیت حفظ و دستیابی به کارکرد مطلوب روان‌شناختی و رفاهی است که به طور مستقیم مرتبط با میزان دستیابی فرد به سطحی از شایستگی در وظایف اجتماعی و روان‌شناختی است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۵). به طور کلی بررسی مطالعات اپیدمیولوژیک پیرامون وضعیت سلامت روان نوجوانان نشان می‌دهد که افسردگی، سوء مصرف مواد و خودکشی سه علت عمده و شایع مرگ و میر در بین نوجوانان است (بروکمن و سود^۲، ۲۰۰۶؛ بریج، گلدستین و برنت^۳، ۲۰۰۶).

-
1. World Health Organization
 2. Brookman & Sood
 3. Bridge, Goldstein & Brent

نتایج یک مطالعه بر روی بی سرپرستان ۱۳-۱۰ ساله جنگ اریتره نشان داد بی سرپرستانی که تحت حمایت خانواده‌های معمولی و خانه‌های گروهی کوچک قرار می‌گیرند، در مقایسه با بی سرپرستانی که تحت نهادها و سازمان‌های حمایتی قرار می‌گیرند، مهارت‌های سازشی بهتر و ناراحتی‌های عاطفی کمتری دارند (ولف و فسیا^۱، ۲۰۰۵). در مطالعه دیگری احمد، قاهر، صادق، مجید، راشید و جابر^۲ (۲۰۰۵) نشان دادند که افراد بی سرپرست میزان‌های بالاتر مشکل‌های رفتاری و عاطفی و عملکرد ضعیف تحصیلی را نسبت به سایر افراد تجربه می‌کنند.

یکی از متغیرهایی که تحت تأثیر وضعیت بی‌سرپرستی قرار می‌گیرد، بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. در سال‌های اخیر گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان‌شناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان‌شناختی» مفهوم سازی کرده‌اند، این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (رایان دکی^۳، ۲۰۰۱؛ کارادماس^۴، ۲۰۰۷). اغلب اوقات بهزیستی روان‌شناختی به بهزیستی ذهنی اشاره دارد، اما ممکن است با آن متفاوت باشد. بهزیستی بر حسب کیفیت و کمیت مؤلفه‌هایی تعریف می‌شود که براساس آن افراد زندگی خود را لذت‌بخش می‌بینند. به عبارت دیگر، اینکه افراد چگونه زندگی خود را ارزیابی می‌کنند، به بهزیستی مربوط می‌شود (دینر^۵، ۲۰۰۰). بهزیستی ذهنی به این حقیقت اشاره دارد که افراد قادر هستند تعیین کنند که آیا به زندگی خوشایند که وابسته به معیارهای موفقیت است رسیده‌اند یا نه. یکی از

1. Wolff & Fesseha
2. Ahmad, Qahar, Siddiq, Majeed, Rasheed & Jabar
3. Ryan & Deci
4. Karademas
5. Diener

مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم سازی و عملیاتی کرده، مدل چند بعدی ریف، سینگر، لاو و اسکس^۱ (۱۹۹۸) است. ریف (۱۹۹۸) بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌داند. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خود شکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز) و عملکرد سازگارانه (مانند نظریه سلامت روانی مثبت جاهودا) شکل گرفته و گسترش یافته است (کامپتون^۲، ۲۰۰۱). ویسینگ و وان ادن^۳ (۱۹۹۷) یک عامل بهزیستی روان‌شناختی کلی را شناسایی کرده‌اند و آن را بصورت ترکیبی از کیفیت‌های ویژه، از قبیل احساس انسجام، رضایت از زندگی، تعادل عاطفه و نگرش کلی نسبت به خوش خوش بینی یا جهت‌گیری مثبت نسبت به زندگی توصیف کرده‌اند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطح بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان مدارس شبانه روزی پایین‌تر از دانش‌آموزان مدارس عادی است. برای مثال شکبیا و ضیایی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که افسردگی، اضطراب و افکار پارانوئیا در دانش‌آموزان دختر مدارس شبانه روزی بیشتر از دانش‌آموزان سایر مدارس بود. نتایج این پژوهش نشان داد که این دانش‌آموزان از بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان مدارس عادی برخوردارند. طبق نتایج پژوهش (چونر و کوچکی و لیس^۴، ۲۰۱۰) بیش از یک پنجم بچه‌ها و نوجوانان از حداقل یک مشکل سلامت روانی رنج می‌برند. همچنین ایزنبرگ و همکاران^۵ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی و اختلال‌های برون ریز (مانند بزهکاری، و رفتارهای پرخطرگرا) در دانش‌آموزان مدارس شبانه روزی نسبت به دانش‌آموزان مدارس عادی بیشتر است.

-
1. Ryf, Singer, Love & Essex
 2. Compton
 3. Wissing & Van Eeden
 4. Cuner.Kucukkaya & Isik
 5. Eisenberg, Cumberland, Spinrad, Fabes, Shepard, Reiser, Murphy, Losoya & Guthrie

دومین متغیر وابسته مورد بررسی در پژوهش حاضر که متاثر از وضعیت بی‌سرپرستی قرار می‌گیرد، شادکامی می‌باشد. در طی سال‌های اخیر بررسی تجربی شادکامی توسط روان‌شناسان و جامعه‌شناسان افزایش یافته است. روان‌شناسان علاقه مند به حیطه روان‌شناسی مثبت نگر توجه خود را بر منابع بالقوه احساس‌های مثبت نظیر احساس شادکامی معطوف کرده‌اند. شادکامی عبارت است از مقدار ارزش مثبتی که یک فرد برای خود قائل است (ون هوون^۱، ۲۰۰۵). این سازه دو جنبه دارد، یکی عوامل عاطفی که نمایانگر تجربه هیجانی شادی، سرخوشی، خشنودی و سایر هیجان‌های مثبت هستند و دیگری ارزیابی شناختی رضایت از قلمروهای مختلف زندگی که بیانگر شادکامی و بهزیستی روانی است. با وجود این، شادکامی نشانه فقدان افسردگی نیست بلکه نشان دهنده وجود شماری از حالت‌های شناختی و هیجانی مثبت است (استفن، لینلی، هاروود، لویز و مک کول لام^۲، ۲۰۰۴). در مطالعه‌ای علم، یزدی فیض آبادی و نعمت الله زاده ماهانی (۱۳۹۲) با عنوان بررسی اختلال‌های روان‌شناختی دانش‌آموزان تیزهوش، عادی و بی‌سرپرست مقطع متوسطه شهر کرمان نشان دادند بیشترین درصد اختلال روان‌شناختی (سطح خفیف و متوسط) مربوط به مدارس بی‌سرپرست با ۵۱/۹ درصد و کمترین آن مربوط به دانش‌آموزان مدارس تیزهوش با ۳۰/۴ درصد بود. براساس نتایج این مطالعه اکثریت دانش‌آموزان بی‌سرپرست دارای علایم و نشانه‌های خفیف و متوسط اختلال‌های روان‌شناختی بودند و این میزان بالاتر از سایر گروه‌های مورد مطالعه بود. موسی سی، کین یاندا، ناکاسوجا و ناکی گوده^۳ (۲۰۰۷) نشان دادند که دانش‌آموزان بی‌سرپرست از اختلال عاطفی و رفتاری بیشتری نسبت به گروه دارای سرپرست برخوردارند و این گروه در مقایسه با سایر گروه‌ها از سلامت جسمی، روانی و عاطفی کمتری برخوردارند. این مطالعات نشان می‌دهد که دانش‌آموزان بی‌سرپرست یا بدسرپرست از

1. Veenhoven
2. Stephen, Linley, Harwood, Lewis & McCollam
3. Musisi, Kinyanda, Nakasujja & Nakigudde

میزان شادکامی پایینی برخوردار بوده و نیازمند توجه بیشتر می‌باشند.

از جمله مداخله‌هایی که می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته ی امداد یا بی‌سرپرست و بدسرپرست تأثیر داشته باشد، معنا درمانی است. رویکرد معنادرمانی می‌تواند یکی از روش‌های آموزشی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی باشد. معنادرمانی، رویکردی فلسفی درباره مردم و هستی آنهاست و به مضامین و موضوعات مهم زندگی مانند مرگ و زندگی؛ آزادی و مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران؛ معنایابی و کنار آمدن با بی‌معنایی و همانند آنها می‌پردازد. این رویکرد، انسان‌ها را واکاوی می‌دارد تا آن سوی مشکلات و وقایع روزمره را ببیند (شارف^۱، ۲۰۰۰؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۱). فرانکل^۲ (۱۹۶۳) معتقد است که انسان، موجودی است آزاد که همیشه حق انتخاب دارد. انسان واکنش خود را در برابر رنج‌ها و سختی‌های ناخواسته ولی پیش‌آمده و شرایط محیطی خود انتخاب می‌کند. فرانکل (۱۹۶۹) معتقد است که معنا خواهی، جوهر اساسی هستی است. از نظر او مراجع می‌تواند با امید بستن به روزی بهتر، به آینده معنا دهد. هرچند فرانکل از مداخله‌های نظام دار حمایت نکرده است (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹^۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۱)، با این حال، بررسی‌ها بیانگر تأثیر این روش در مراجعان است (هیل^۴، ۱۹۸۷).

پژوهش‌های بیلر (۲۰۰۴^۵) نشان دهنده‌ی تأثیر معنا درمانی در موقعیت‌های مختلف است. مطالعات نشان می‌دهد که دستیابی به معنا و فعالیت‌های شادی بخش پشتیبانی قوی در برابر بی‌ثباتی عاطفی فرد و تضمین‌کننده بهداشت روانی و بهزیستی اوست. علاوه بر این، معنای زندگی پیش‌بینی‌کننده قوی و با ثبات بهزیستی روانی به شما می‌آید (راتی و راستوجی^۶، ۲۰۰۷). پرولکس، هلمز و

1. Sharf
2. Frankel
3. Prochaska & Norcross
4. Hill
5. Blair
6. Rathi & Rastogi

بوهلر^۱ (۲۰۰۷) در تحقیقی به بررسی اثربخشی معنا درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که معنا درمانی گروهی بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. عابدی و وستاین^۲ (۲۰۱۰) به بررسی اثربخشی معنا درمانی گروهی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان پرداخته و نشان دادند که معنادرمانی شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی را ارتقا می‌دهد.

در مورد ضرورت معنا در زندگی می‌توان گفت که خداوند متعال انسان را آفریده و آفرینش او عبث و بیهوده نبوده است. قرآن کریم آیه ۱۱۵ سوره مؤمنون در این باره می‌فرماید آیا گمان می‌کنید که شما را بیهوده آفریدیم و شما به سوی ما باز نمی‌گردید. چون آفرینش انسان بیهوده نیست، آفریده خدا نیز بیهوده گرا نیست. معنا داری زندگی در فرهنگ اسلامی نیز نکته بسیار مهمی است و بحث پیرامون معنای زندگی از مسائلی است که در فلسفه‌ی اخلاق به طور جدی مطرح است و جزو مهمترین مسائل فلسفی به شمار می‌رود (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). معناداری زندگی و جایگاه و اهمیت آن برای برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد، امری انکار ناپذیر و غیر قابل کتمان است. استگر، مان، میچلز و کوپر^۳ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند معنای زندگی تغییری ارزشمند در تعیین سلامت روانی افراد است. هم چنین نتایج پژوهش مشخص کرد که وجود معنا نقشی اساسی در گسترش و بهزیستی جسمی و روانی دارد. برخی از صاحب نظران با توجه به یافته‌های موجود، ادعا نموده اند که وجود و احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند قفل و گره مشکل‌های زندگی را باز کند و باعث شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند. به همین لحاظ اغلب زندگی معنادار را از عوامل مهم سلامت روان‌شناختی می‌دانند (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷).

دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام «ره» یا بهزیستی و سایر مراکز با استرس‌های زیادی

1. Proulx, Holmz & B uehler
2. Abedi & Vostanis
3. Steger, Mann, michals & Cooper

مواجه می‌شوند که سلامت روانی و جسمی‌شان را به مخاطره می‌اندازد. با توجه به این که داشتن معنا در زندگی نقش مهم و غیر قابل انکاری در افزایش سلامت روانی انسان و بهبود کیفیت زندگی و مقابله مؤثر با حوادث و رویدادهای زندگی دارد، همچنین با توجه به مرور پیشینه‌ی مربوطه در ارتباط با اثربخشی معنادرمانی در ارتقاء سلامت روانی و بهزیستی و کم بودن تحقیقات در این زمینه در کشور، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش یک مطالعه‌ی آزمایشی با کارآزمایی بالینی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با گروه گواه انجام شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» ساکن در مجتمع شبانه‌روزی الغدیر شهرستان اردبیل در سالن تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل داده بودند (حجم جامعه مورد مطالعه: $N=۸۶$). در تحقیقات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته می‌شود (دلاور، ۱۳۸۰)، که در این پژوهش برای در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها، در هر گروه یک نفر اضافه گمارش شد. بنابراین نمونه‌ی این پژوهش شامل ۳۲ دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» ساکن در مجتمع شبانه‌روزی الغدیر شهرستان اردبیل بود که از میان جامعه آماری به صورت تصادفی انتخاب شدند (۱۶ دانش در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل). در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته: این پرسش‌نامه شامل برخی اطلاعات دموگرافیک نظیر سن، پایه تحصیلی، معدل سال / ترم قبل، مدت زمان حضور در خوابگاه شبانه‌روزی و غیره خواهد بود.

پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس را ریف (۱۹۸۹) ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است (هوسر^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند مولفه‌ای و در بر گیرنده: ۱- پذیرش خود^۲، ۲- روابط مثبت با دیگران^۳، ۳- خود مختاری^۴، ۴- تسلط بر محیط^۵، ۵- زندگی هدفمند و ۶- رشد شخصی است. ضمن اینکه مجموع نمره‌های این شش عامل به صورت نمره‌های کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. روایی و پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش‌های متعددی مناسب گزارش گردیده است. دایرندوک^۶ (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است. چمت و ریف (۱۹۹۵) همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش داده‌اند. روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه در مطالعه بیانی و همکاران (۱۳۷۸) مطلوب گزارش شده بود. همچنین در تحقیق حاضر ضریب الفای کرونباخ در تحقیق حاضر ۰/۸۵ بدست آمد.

فهرست شادکامی آکسفورد تجدید نظر شده:^۷ این فهرست تجدید نظر شده توسط آرگیل (۲۰۰۱) با ۲۸ گزاره چهارگزینه‌ای ساخته شده است که به ترتیب از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و جمع نمره‌های گزاره‌های ۲۹ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از صفر تا ۸۷ است. این پرسش‌نامه از ۵ عامل رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت تشکیل شده است (علی پور و آگاه هریس، ۱۳۸۶). از این آزمون به طور وسیع در انگلستان استفاده می‌شود (کار^۸، ۲۰۰۴). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در مطالعه آیزنک و بارت

1. Hauser
2. Self.acceptance
3. Positive relation with others
4. Autonomy
5. Environmental mastery
6. Diredonck
7. Oxford Happiness Inventory(OHI)
8. Car

برابر با ۰/۸۰ بود (آیزنک، ۱۹۹۹). از نظر روایی سازه نیز روشن شده است که بر اساس تشخیص سه جزء فرضی شادکامی، همبستگی فهرست شادکامی آکسفورد با مقیاس عاطفه برادبورن^۱، رضایت از زندگی آرگیل و فهرست افسردگی بک به ترتیب برابر با ۰/۳۲، ۰/۵۷ و ۰/۵۲- بوده است (کار، ۲۰۰۴). علی‌پور و آگاه‌هریس (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود.

روش اجرا: بعد از هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی دانش‌آموزان و مسئولین مربوطه و کسب اجازه از آنها، رضایت دانش‌آموزان و مسئولین مربوطه جهت شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس نمونه پژوهشی تعیین و ابتدا پیش‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی اجرا شد. در مرحله بعد به مدت ۱۰ جلسه با استفاده از برنامه آموزش معنادرمانی روی نمونه مورد پژوهشی آموزش داده شد و در مرحله بعد دوباره از دو گروه آزمایشی و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. بعداً اطلاعات حاصل توسط نرم‌افزار SPSS و توسط روش تحلیل واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد. همچنین به دلیل مؤثر بودن مداخله مورد مطالعه بر روی گروه کنترل نیز بعد از اتمام جلسات آموزشی، مداخله مورد نظر اعمال شد تا اخلاق پژوهشی رعایت گردد.

شیوه مداخله: معنادرمانی گروهی فرانکل

شیوه کار معنادرمانی به کار رفته در این پژوهش مطابق با پیشنهادات کتاب انسان در جستجوی معنا؛ پژوهش در معنا درمانی نوشته فرانکل و ترجمه میلانی به شکل ذیل انجام شده است.

1. Bradburn

دوره‌ی ۵، شماره‌ی ۹۱/۲-۷۱	Vol.5, No.2/71-91
جلسه	محتوای جلسات
جلسه‌ی اول	تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، تعریف و بیان معنی درمانی و لزوم وجود معنی در زندگی.
جلسه‌ی دوم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، آگاهی در خصوص باورها در پذیرش خویش و شناخت ویژگی‌های خویش و همچنین توجه به آزادی معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد هستی انسان.
جلسه‌ی سوم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، آگاهی از مسئولیت‌پذیری و نقش آن در به دست آوردن موفقیت.
جلسه‌ی چهارم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، شناخت عوامل ایجادکننده اضطراب و راه‌های مقابله با آن شناخت اضطراب وجودی.
جلسه پنجم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، بیان لزوم حفظ هویت و ارتباط با دیگران و یافتن معنای عشق.
جلسه‌ی ششم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و بررسی معنای رنج.
جلسه‌ی هفتم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و شناخت ارزش‌های خلاق.
جلسه‌ی هشتم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و بررسی ارزش‌های تجربی.
جلسه‌ی نهم	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و بررسی ارزش‌های گرایشی.
جلسه‌ی دهم	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

نتایج

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی	گروه آموزش معنادرمانی		گروه کنترل	
	M	SD	M	SD
خودمختاری	پیش‌آزمون	۱۵/۶۲	۱/۵۰	۱/۰۶
	پس‌آزمون	۱۹/۸۱	۲/۷۱	۱/۶۰
تسلط محیطی	پیش‌آزمون	۱۶/۹۳	۱/۲۳	۱/۰۸
	پس‌آزمون	۲۰/۳۷	۱/۱۴	۲/۲۷
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۱۷/۶۲	۱/۰۸	۱/۵۰

اثربخشی معنادرمانی گروه فرانتکل بر بهزیستی روانشناختی و شادکامی دانش‌آموزان بی‌سرپرست و ...

۲/۱۰	۱۷/۸۱	۱/۲۰	۲۲/۴۳	پس‌آزمون	
۱/۵۹	۱۶/۰۰	۱/۱۵	۱۴/۴۳	پیش‌آزمون	ارتباط مثبت
۱/۶۲	۱۶/۳۱	۱/۸۸	۱۹/۳۱	پس‌آزمون	
۱/۰۸	۱۴/۳۷	۱/۱۴	۱۴/۰۰	پیش‌آزمون	هدفمندی در
۰/۹۸۱	۱۴/۸۱	۱/۵۰	۱۹/۳۷	پس‌آزمون	زندگی
۰/۹۶۳	۱۷/۴۳	۱/۱۸	۱۷/۷۵	پیش‌آزمون	پذیرش خود
۱/۶۳	۱۷/۵۶	۱/۴۹	۲۲/۳۱	پس‌آزمون	
۲/۶۷	۲۹/۷۵	۲/۱۱	۳۰/۰۶	پیش‌آزمون	شادکامی
۳/۲۲	۳۲/۰۰	۲/۳۰	۳۴/۴۳	پس‌آزمون	

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آموزشی معنادرمانی در خودمختاری ۱۶/۱۸ (۱/۶۰)، تسلط محیطی ۱۷/۳۱ (۲/۲۷)، رشد شخصی ۱۷/۸۱ (۲/۱۰)، ارتباط مثبت ۱۶/۳۱ (۱/۶۲)، هدفمندی در زندگی ۱۴/۸۱ (۰/۹۸۱)، پذیرش خود ۱۷/۵۶ (۱/۶۳) و متغیر شادکامی ۳۲/۰۰ (۳/۲۲) می‌باشد.

قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت همسانی واریانس‌ها، نتایج آزمون لوین نشان داد سطح آماره (F) برای اندازه‌های خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و متغیر شادکامی معنی‌دار نیست ($P \geq 0/05$) و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست ($P=0/665$ و $F=1/22$ و $BOX=5/321$) و در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

جدول ۲. نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی

منبع	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	Eta
	اثر پیلابی	۰/۹۵۷	۵۱/۲۱	۷/۰۰	۱۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۷
گروه	لامبدا ویلکز	۰/۰۴۳	۵۱/۲۱	۷/۰۰	۱۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۷
	اثر هتلینگ	۲۲/۴۰	۵۱/۲۱	۷/۰۰	۱۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۷
	بزرگترین ریشه خطا	۲۲/۴۰	۵۱/۲۱	۷/۰۰	۱۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۷

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در بین دو گروه آموزش معنادرمانی و گروه کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و متغیر شادکامی نسبت به گروه کنترل تفاوت است از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است که در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر روی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p	Eta
	خودمختاری	۱۰۲/۶۷	۱	۱۰۲/۶۷	۲۳/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱۴
	تسلط محیطی	۹۴/۰۵	۱	۹۴/۰۵	۳۴/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۶۱۴
	رشد شخصی	۱۳۱/۳۷	۱	۱۳۱/۳۷	۴۰/۹۲	۰/۰۰۰	۰/۶۵۰
گروه	ارتباط مثبت	۴۹/۳۸	۱	۴۹/۳۸	۱۷/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴۶
	هدفمندی در زندگی	۱۰۸/۲۱	۱	۱۰۸/۲۱	۶۵/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۴۸
	پذیرش خود	۹۱/۶۸	۱	۹۱/۶۸	۳۳/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۶۰۶
	شادکامی	۸۸/۷۹	۱	۸۸/۷۹	۴۷/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۲

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد بین دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی، پذیرش

خود و شادکامی تفاوت معناداری در سطح ($P \leq 0/001$) وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و شادکامی گروه‌های آزمایش بعد از آموزش معنا درممانی متفاوت از گروه کنترل است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش معنا درممانی گروهی فرانکل بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام‌خمينی «ره» بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که بین دو گروه دانش‌آموزان تحت پوشش و گروه کنترل در مؤلفه‌های خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود بهزیستی روان‌شناختی و همچنین در شادکامی تفاوت معنی داری در وجود دارد ($P \leq 0/001$). بدین معنی که بین دو گروه بعد از آموزش معنا درممانی گروهی فرانکل خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و شادکامی افزایش یافته است. نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر با یافته‌های مورگان (۲۰۱۳)، کلفتاراس و پسارا (۲۰۱۲)، عابدی و وستاین (۲۰۱۰)، کیونگ-آه و همکاران (۲۰۰۹)، استگر، مان، میچلز و کوپر (۲۰۰۹)، اسپیک، نیوکلیک، سیوجیریس و پپ (۲۰۰۸)، پرولکس، هلمز و بوهرلر (۲۰۰۷)، راتی و راستوجی (۲۰۰۷)، مارتینویس، سیمونویس و دجوکیس (۲۰۰۶)، هدایتی (۲۰۰۶)، لنت (۲۰۰۴)، بلر (۲۰۰۴)، رباط میری (۱۳۸۷) و تقی پور و رسولی (۱۳۸۷) همسو می‌باشد. بطوری که بلر (۲۰۰۴) در یک پژوهشی از معنا درممانی برای کمک به بیماران نوجوان مبتلا به افسردگی استفاده کرد. او با کمک معنا درممانی به درمان جوان کمک کرد تا معنایابی را شروع و در طول زمان حفظ نمایند و نتایج این تحقیق امیدوار کننده بود. پژوهش بلر (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که دستیابی به معنا و فعالیت‌های شادی بخش پشتیبانی قوی در برابر بی‌ثباتی عاطفی فرد و تضمین کننده بهداشت روانی و بهزیستی اوست. به عقیده لنت (۲۰۰۴) معنای زندگی با هدف، رضایت و اهداف مثبت زندگی برابر دانسته شده است. برخی دیدگاه‌ها، معنا را به‌عنوان

احساس هدف و انسجام در زندگی فرد، آگاهی از ارزش‌ها، فناپذیر بودن و گرانها بودن زندگی می‌دانند. معنا یکی از متغیرهای مربوط به رشد است که باعث به وجود آمدن موقعیت‌هایی می‌شود که در آن شادی و رضایت رخ می‌دهد. بنابراین، معنا می‌تواند به شادی و رضایت همه جانبه افراد کمک کند. علاوه بر این، معنای زندگی پیش‌بینی کننده قوی و با ثبات بهزیستی روانی به شما می‌آید (راتی و راستوجی، ۲۰۰۷). پرولکس، هلمز و بوهرلر (۲۰۰۷) در تحقیقی به بررسی اثربخشی معنا درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که معنا درمانی گروهی بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. عابدی و وستاین (۲۰۱۰) به بررسی اثربخشی معنا درمانی گروهی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان پرداخته و نشان دادند که معنادرمانی شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی را ارتقا می‌دهد. نتایج تحقیقات یالوم (۱۹۸۰) حاکی از وجود رابطه بین فقدان معنا و اختلال‌های روانی است. هم چنین، فقدان معنا در زندگی رابطه‌ای مستقیم با افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی و سوء استفاده جنسی دارد. داشتن معنا با لذت بردن از کار، رضایت از زندگی و شادی رابطه‌ی مثبت دارد (به نقل از جیم و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعه‌ی اسپیک، نیوکلیک، سیوجپریس و پپ (۲۰۰۸) در خصوص مقایسه‌ی اثربخشی معنا درمانی گروهی (حضور) و معنا درمانی اینترنتی (غیرحضور) در کاهش افسردگی نشان داد افسردگی در هر دو گروه کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است اما در این میان اثربخشی معنادرمانی گروهی به صورت حضور بیشتر بوده است. در پژوهشی هدایتی (۲۰۰۶) آثار رویکرد مشاوره‌های معنا درمانی بر روی ۹۴ مراجع مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان گروهی که مداخله دریافت کردند، کاهش معناداری در پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، یعنی کلیه‌ی متغیرهای مربوط به سلامت عمومی را نشان دادند. در پژوهشی مارتینویس، سیمونویس و دجوکیس (۲۰۰۶) تأثیر معنادرمانی و درمان‌های جانبی در اختلال فشار روانی آسیب‌زاد ناشی از جنگ را بررسی کرده‌اند و نشان داده‌اند که معنادرمانی در درمان این اختلال فشار روانی آسیب‌زا نقش مؤثری را دارد. استگر، مان، میچلز و کوپر (۲۰۰۹) در

پژوهشی نشان دادند معنای زندگی متغیری ارزشمند در تعیین سلامت روانی افراد است. هم چنین نتایج پژوهش مشخص کرد که وجود معنا نقشی اساسی در گسترش و بهزیستی جسمی و روانی دارد. در پژوهشی کیونگ-آه و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که معنادرمانی بر کاهش رنج و افزایش معنابخشی به زندگی اثربخش بوده است و باعث کاهش فشارهای روانی و افزایش کیفیت زندگی آنها شده است. تقی پور و رسولی (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی (همان افزایش شادکامی) و ارتقای معنای زندگی به این نتیجه رسیدند که افسردگی پس از اجرای روش درمانی کاهش یافته است. رباط میری (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی به این نتیجه رسید که معنا درمانی موجب افزایش امید به زندگی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز و کاهش افسردگی در دانشجویان شده است. کلفتاراس و پسارا (۲۰۱۲) در پژوهشی در زمینه بررسی رابطه‌ی معنای زندگی و ابعاد آن با افسردگی و سلامت روان بر روی ۴۰۱ نفر، به این نتیجه رسیدند که آزمودنی‌ها با معنای زندگی بالاتر، علائم افسردگی پایین‌تر و سلامت روان بالاتری دارند و همچنین بین معنای زندگی و سلامت روان رابطه‌ی معناداری وجود دارد. پژوهش دیگری که توسط مورگان (۲۰۱۳) در زمینه اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی صورت گرفت حاکی از آن است که معنادرمانی با چالش مداخله وجودی و با تأکید بر «لحظه» و نه بر آینده منجر به ایجاد خاطرات شاد شده و زمینه درمان امیدبخش را تشکیل می‌دهد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان عنوان کرد که انسان واکنش خود را در برابر رنج‌ها و سختی‌های ناخواسته ولی پیش آمده و شرایط و محیط، خود انتخاب می‌کند و هیچ کس را جزء خود او یارای آن نیست که این حق را از او بازستاند. آنچه انسان را از پای در می‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست بلکه بی‌معنایی شدن زندگی است که مصیبت بار است و معنا تنها در لذت و شادمانی و خوشی نیست، بلکه در رنج و مرگ هم می‌توان معنایی یافت. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین لحظه، زندگی معنی خواهد داشت. پس می‌توان گفت

معنای زندگی امری مشروط نیست. زیرا معنای زندگی می‌تواند حتی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد (فرانکل، ۱۹۶۳؛ ترجمه صالحیان و میلانی، ۱۳۸۵). نگرش فرانکل به سلامت روان تأکید عمده بر اراده معطوف به معنا می‌کند. در نظام فکری تنها یک انگیزش بنیادی وجود دارد: اراده معطوف به معنا چنان نیرومند است که می‌تواند همه‌ی انگیزش‌های انسانی دیگر را تحت الشعاع قرار دهد. اراده‌ی معطوف به معنا برای سلامت روان حیاتی است و در اوضاع و شرایط حاد برای حداقل بقا ضروری است. شخصیت‌های سالم به آینده می‌نگرند و به هدف‌ها و وظایف آنها توجه می‌کنند. فرانکل می‌نویسد: این ویژگی انسان است که تنها با نگرش به آینده می‌تواند زندگی کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد: عدم دسترسی به نمونه بیشتر در گروه نمونه به علت محدود بودن مراکز مورد مطالعه؛ این پژوهش فقط بر روی دانش‌آموزان پسر انجام شده است که در تعمیم نتایج به دختران می‌بایست احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه دانش‌آموزان بی‌سرپرست یا بدسرپرست بنا به دلایلی در مراکز شبانه‌روزی مثل کمیته امداد یا بهزیستی زندگی می‌کنند و از بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی پایینی برخوردار هستند، لازم است جهت حل این مشکل ضمن استفاده از آموزش معنا درمانی، توجه اساسی به این مؤلفه‌ها صورت گیرد.

منابع

- بیانی، علی اصغر؛ کوچکی، عاشور محمد و بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی بهزیستی روان‌شناختی ریف. مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴ (۲)، ۴۹-۶۱.
- پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان. (۱۹۹۹). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه سیدیجی سیدمحمدی (۱۳۸۱). تهران: انتشارات رشد.
- تقی پور، ابراهیم و رسولی، رویا (۱۳۸۷). تأثیر معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی زنان سالمند مقیم آسایشگاه. روان‌شناسی کاربردی، ۴ (۸)، ۶۸۵-۶۷۳.

- رباط میری، نجمه (۱۳۸۷). اثربخشی معنا درمانی به شیوه ی گروهی برافزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان نامه ی کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.
- شارف، ریچارد. اس (۲۰۰۰). نظریه‌های روان درمانی و مشاوره. (ترجمه مهرداد فیروزبخت، ۱۳۸۱). تهران: رسا. چاپ: دوم.
- شکیبا، منصور و ضیایی، مریم (۱۳۹۰). مقایسه‌ی سلامت روان دختران دانش‌آموزان تحت سرپرستی مراکز شبانه روزی بهزیستی با دختران دانش‌آموزان دبیرستان دانشگاه در شهر شیراز. *مجله ی علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴(۲)، ۶۰-۵۶.
- علم، مهین؛ یزدی فیض آبادی، وحید و نعمت الله زاده ماهانی، کاظم (۱۳۹۲). بررسی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان تیزهوش، عادی و بی‌سرپرست مقطع متوسطه شهر کرمان در سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲ (۷)، ۵۸۲-۵۷۱.
- علی پور، احمد و آگاه هریس، مژگان (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانیها. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۳ (۱۲)، ۲۹۸-۲۸۷.
- فرانکل، ویکتور (۱۹۶۳). انسان در جستجوی معنا. ترجمه ی نهضت صالحیان و مهین میلانی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات درسا.
- نصیری، حبیب اله و جوکار، بهرام (۱۳۸۷). معنا داری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی). *پژوهش زنان*، ۲، ۱۷۶-۱۵۷.
- Abedi, M. R. & Vostanis, P. E. (2010). Valuation quality of life therapy for parents of children with obsessive compulsive disorder in Iran. *Journal of European child and Adolescent psychiatry*, 19(7):605-613. (Persian).
- Ahmad, A., Qahar, J., Siddiq, A., Majeed, A., Rasheed, J., Jabar, F., et al. (2005). A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and posttraumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. *Child Care Health Dev*, 31(2), 203-15.
- Ali Pour, A., & Aghah Harris, M. (2006). Reliability and validity in Iranian Oxford happiness inventory. *Iranian Psychology*, 3 (12): 298-287. (Persian).
- Alm, M., Yazdi Faizabad, V., & Nematollahzadeh, K. (2012). Psychological disorders gifted students, orphans normal and high school in 1389. *Kerman University of Medical Sciences*, 12 (7): 582-571. (Persian).
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London: Routledge.

- Bayani, A. A., Ashour, M., & Bayani, A. (2007). Psychological well-being of reliability and validity. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14 (2), 61-49. (Persian).
- Blair, R. G. (2004). Loneliness in Elderly people. school of sociology. university of Granada. IN. press
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatr*, 47: 372-94.
- Brookman, R. R., & Sood, A. A. (2006). Disorders of mood and anxiety in adolescents. *Adolesc Med Clin*, 17: 79-95.
- Car, A. (2004). Positive psychology, The science of happiness and human strengths. New York: Brunner- Routledge Ltd, (3): 132- 138.
- Compton, W. C. (2001). Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and religiosity. *Journal of Psychology*, 135, 486-500.
- Corey, G. (2009). Theory and practice in group counseling. Stamford: Thomson learning.
- Cuner-Kucukkaya, P., & Isik, I. (2010). Predictors of psychiatric symptom scores in a sample of Turkish high school students. *Nurs Health Sci*, 12(4): 429-36.
- Diener, E., Gohm, C., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31: 419-436.
- Direndonck, D. (2005). The construct validity of Ryff scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Losoya, S. H., & Guthrie, I. K. (2009). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72(2), 1134.
- Emami, H., Ghazinour, M., Rezaeishiraz, H., Richter, J. (2007). Mental Health of Adolescents in Tehran, Iran. *J Adolescent Health*, 41: 571-6. (Persian).
- Eysenck, H. J. (1999). Dimensions of personality: criteria for taxonomic paradigm. *Journal of personality and Individual Differences*, 12, 773-790.
- Frank I, V. (1969). The will to meaning New American Library.
- Frankl, V. (1963). Man's search for meaning. New York :Washington square press.
- Frankl, V. (1963). Man's Search for Meaning. Translation Movement: Salehian and Milani (2005). Tehran: Dorsa. (Persian).
- Hedayati N. (2006). Effectiveness of group and Logotherapy consulting in decreasing the hopelessness in adolescents between the ages 13-18 years studying in the schools of Saghez. PhD thesis, University of Allameh Tabatabai; 2006. (Persian).
- Hill, k. A. (1987). Meta-analysis of paradoxical interventions. *psy chotherapy*, 24, 266-270
- Hosseini, S. H., Mousavi, S. E., & Rezazadeh, H. (2003). Assessment of mental health in students of junior high schools in Sari city of IRAN. *Quarterly J Fundament Mental Health*, 6(19 & 20): 92-9. [Farsi]

- Jim, H. S., Purcell, J. Q., Richardson, S. A., Deanna G.D., & Andersen, B. L. (2006). Measuring meaning in life following cancer. *Quality of Life Research*, 15, 1355– 1371.
- Karademas, E. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43, 277-287.
- Kleftaras, N. & Psarra, E. (2012). Meaning in Life, Psychological Well-Being and Depressive Symptomatology: *A Comparative Study*, (3)4:337-345.
- Kyung- Ah, K., Jae- Im., Hee-SU, K., Shin- Jeong, K., Mi- Kyung, S., Songyong, S. (2009). The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning and spiritual well-being of adolescents with terminal cancer. *J koren acad child health nurs*, 15(2), 136-144.
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 482–509.
- Martinovic, Z., Simonovic, P., & Djokic, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Journal of Epilepsy and Behavior*, 9(4), 619–624.
- Milanifar, B. (2003). *Mental Health*. Fifth Edition. Tehran: Ghomes. (Persian).
- Morgan J. H. (2013). What to Do When there is nothing to Do: The psychotherapeutic value of Meaning Therapy in the treatment of late life depression. *Health, Culture and Society*, 5(1):324-330.
- Musisi, S., Kinyanda, E., Nakasujja, N., & Nakigudde, J. (2007). A comparison of the behavioral and emotional disorders of primary school-going orphans and nonorphans in Uganda. *African Health Sci*, 7(4): 202-13.
- Nasiri, H., & Jokar, B. (2007). Meaning in life expectancy, life satisfaction and mental health in women (a group of women who work). *Women's Research*, 2, 157, 176. (Persian).
- Prochaska, James & Norcross, John. (1999). *Theories of Psychotherapy*. Translation Seyed Yahya M. (2000). Tehran: Roshd.(Persian).
- proulx,C. M, Helms, H. M., Buehler, C. (2007) marital quality and personal well-being. Ametaanalysis. *Journal of Marriage and Family* ,(69):576-593
- Rabat Miri, N. (2007). Meaning the effectiveness of group therapy on increasing life expectancy and reducing depression Ahva the university. MA thesis Shahid Chamran University. (Persian).
- Rathi, N., & Ragstogi, R. (2007). meaning in life and psychological well-being in preadolescent and adolescent. *Journal of the India Academy of Applied Psychology*. 33(1), 31-38. (Persian).
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). To be happy or to beself-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In S. Fiske(Ed.), *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff , C. D., & Keys, C. L. (1995). The structure of psychological Well- being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 69,719-727.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and Social psychology*. 57:1069-1081.

- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D., & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach*, 69-96.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 19: 1-28.
- Shakiba, M., & Ziaee, M. (2011). Compare girls students under the supervision of mental health welfare boarding centers with girls high school students in Shiraz University. *Journal of Medical Sciences*, 14 (2), 60-56. (Persian).
- Sharf, Richard. S. (2000). *Theories of psychotherapy and counseling*. (Translated by M. Firouzbakht, 2000). Tehran: rasa. second edition. (Persian).
- Spek, V., Nyklicek, pim, I, cuijpers, p., pop, V. (2008). Predictor of outcome of group and internet based cognitive behavior therapy. *Journal of affective Disorders*, 105: 137-145.
- Steger, F. S., Mann, J. R., michals, P., & Cooper, T. C. (2009). Meaning in life, anxiety, depression and general health among smoking patients. *Journal of psychosomatic research*, 67, 353-358.
- Stephen, J. P., Linley, A., Harwood, J., Lewis, C. A., & McCollam, P. (2004). Rapid assessment of well-being : The Short Depression-Happiness Scale (SDHS). *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 77: 463-478.
- Taghipour, E., & Rasoli, R. (2007). The effect of group therapy on depression and improve life Karhsh elderly women sanitarium. *Applied Psychology*, 4 (8), 673-685. (Persian).
- Veenhoven, R. (2005). Advances in understanding happiness. *Revue Quebecoise de Psychologie*, 18: 29-74.
- Wissing, M. P., Van Eeden, C. (1997). Psychological well-being: A fortigenic conceptualization and empirical clarification. Paper presented at the 3rd Annual Congress of the Psychological Society of South Africa, Durban, South Africa.
- Wolff, P. H., & Fesseha, G. (2005). The orphans of Eritrea: What are the choices? *Am J Orthopsychiatr*, 75: 475- 84.
- World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans. Mental health policy and service guidance package*. Geneva, WHO.

A study of the effectiveness of Frankel's logotherapy training on psychological well-being and happiness of students

A. Shojae¹ & B. Eskandarpour²

Abstract

This study investigates the effectiveness of Frankel's logotherapy training on psychological well-being and happiness of orphan students and those with irresponsible parents under the support of Imam Khomeini Relief Committee of Ardabil. To achieve this goal, from the target population including all the high school students supported by Imam Khomeini Relief Committee of Ardebil during the academic year 2015-2016, 32 students (with a mean below the cut-off point on the scale of psychological well-being and happiness) were randomly selected as the sample. The instruments included a researcher-made questionnaire, the psychological well-being questionnaire, and the happiness scale. This clinical study had a pretest-posttest design and the collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results showed that there were significant differences between the two groups of experimental (under support) and control with respect to autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relationships, purpose in life, self-acceptance, and happiness. Therefore, it can be concluded that the teaching of Frankel logotherapy can be employed to improve the quality of life and happiness of students supported by Imam Khomeini Relief Committee.

Keywords: frankel's logotherapy, psychological well-being, happiness

1. Corresponding Author: Assistant Professor of Islamic Science, University of Mohagheh Ardabili (shojaei.ahmad50@gmail.com)

2. Assistant Professor of Management, University of Payam Noor