



استناد به این مقاله: رنجبر، ادريس؛ رسولی، محسن؛ ثنایی، باقر (۱۳۹۳). تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران سال اول متوسطه مدارس شبانه‌روزی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۱)،

۳۷-۵۴

## تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران سال اول متوسطه مدارس شبانه‌روزی

ادريس رنجبر<sup>۱</sup>، محسن رسولی<sup>۲</sup>، باقر ثنایی<sup>۳</sup>

دریافت: ۱۳۹۱/۵/۱۱ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

### چکیده

مشکلات و مسائل روانی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد از این رو شناخت عوامل مؤثر بر آن از اهمیت فراوانی برخوردار است. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی صورت گرفت. در این پژوهش جامعه‌ی آماری، دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه که در مدارس شبانه‌روزی شهرستان دیواندره در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد. تعداد اعضای نمونه ۲۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری تصادفی و بر اساس نمرات آن‌ها در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ28)، انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند. این پرسش‌نامه دارای روایی و پایایی مناسب است. روش تحقیق به صورت نیمه آزمایشی بود. از آزمون تحلیل چند متغیره برای آزمون تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. این پژوهش دارای ۵ فرضیه در زمینه تأثیر معنادرمانی گروهی در کاهش علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و افزایش عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی بود. در فرضیه‌های کاهش علائم جسمانی و اضطراب و افزایش عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی فرض صفر رد شد، اما معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی تأثیر معناداری نداشت. در پایان می‌توان نتیجه گرفت معنادرمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روان، معنادرمانی گروهی، نوجوانان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران، Edris.Ranjbar2010@gmail.Com

<sup>۲</sup> استادیار گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران

<sup>۳</sup> استاد بازنشسته گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران

## مقدمه

سلامت‌روان<sup>۱</sup> یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی است که هر ساله حجم زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص می‌دهد. در عصر حاضر به علت پیشرفت‌های فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می‌شود. گینزبرگ<sup>۲</sup> سلامت روان را تسلط و ارتباط صحیح با محیط اطراف به خصوص در زمینه‌های عشق، کار و تفریح می‌داند و معتقد است که استعداد یافتن و ادامه‌ی کار، داشتن خانواده و ایجاد محیط خانوادگی خرسند، فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد، لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت‌ها، ملاک تعادل و سلامت روان است (Milanifar, 1999) به نقل از (Ginzburg, 1990).

نوجوانی<sup>۳</sup> دوره‌ای بین کودکی<sup>۴</sup> و بزرگسالی<sup>۵</sup> است. با توجه به این که سال‌های نوجوانی دوره شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات روانی می‌تواند قابلیت‌ها و درنهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد. از این رو توجه به نیازهای نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است (Robert & els, 1998)؛ زیرا بسیاری از آسیب‌های روانی دوران بزرگسالی در واقع ادامه‌ی مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (Masuodzadeh & els, 2004) به نقل از (Kaplan & Sadock, 1998).

با توجه به این که دسته‌ای از نوجوانان در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، مطالعات حاکی از آن است که این نوجوانان، در شرایط نامطلوب زندگی کرده و با تنش‌ها و مشکلات عدیده‌ی محیطی، جسمانی و روانی مواجه هستند (Rsouli & els, 2010). عوامل خطر<sup>۶</sup> متعددی در زندگی این گروه از نوجوانان وجود دارند که در حقیقت پیامد ناشی از زندگی در چنین شرایطی تلقی می‌شوند و سلامت روان آن‌ها را تهدید می‌نماید؛ که می‌توان به فقدان حمایت خانواده و امیدواری (Simsek & els, 2007)، احساس غربت<sup>۷</sup> ناشی از زندگی در محیط‌های خوابگاهی (Fisher & Hood, 1998)، سازگاری<sup>۸</sup> در محیط‌های اجتماعی (Mansour, Molasharifi, Vakhshour, 2009) اشاره کرد. بر طبق گفته‌ی Wu-<sup>۱</sup> Dunn (2006) مشکلاتی که این افراد با آن مواجه هستند عبارت از اضطراب از سازگاری با محیط جدید،

<sup>۱</sup> Mental Health

<sup>۲</sup> Ginzburg

<sup>۳</sup> Adolescence

<sup>۴</sup> Infancy

<sup>۵</sup> Adulthood

<sup>۶</sup> Risk factors

<sup>۷</sup> Homesickness

<sup>۸</sup> Adjustment

دل‌تنگی برای محل زندگی، نداشتن عادات مطالعه‌ی درست، خجالت و کمرویی، ترس از برخوردار نشدن از حمایت دیگران است. برخی از افراد به سرعت خود را با شرایط جدید انطباق می‌دهند و با حفظ سلامت خود، موفقیت‌های اجتماعی و تحصیلی را کسب می‌کنند. ولی برخی قادر به سازگاری نبوده و این مسئله باعث افت تحصیلی شده و همچنین بر عملکرد آنان در زندگی فردی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (Mansour & els, 2009 به نقل از Wu- Dunn, 2006).

یکی از روش‌هایی که می‌تواند برای تمامی افراد مؤثر باشد، مشاوره گروهی<sup>۱</sup> است. علاوه بر صرفه‌جویی در وقت و هزینه، در این روش افراد بیشتری شرکت می‌کنند. در این گروه‌ها افراد می‌توانند مشکلات خود را در حضور اعضاء به‌طور مستقیم حس و تجربه کنند؛ بنابراین می‌توان گفت تجربه‌های گروهی به واقعیت زندگی افراد نزدیک‌تر است و از ارزش درمانی بیشتری برخوردار است. از جمله رویکردهای مشاوره و درمان گروهی در ارتقای سلامت روان، رویکرد معنا درمانی است. معنا درمانی<sup>۲</sup> که توسط فرانکل ابداع شده، بر آن است که با تحقق معنا، زندگی جلوه بدیعی یابد و همه چیز حتی درد و رنج در پرتو آن قابل پذیرش و تحمل بشود و این امر انسان‌های درون تهی و رنجور از خلأ وجودی را به اوج می‌کشاند (Sholtz, 1977 ترجمه‌ی Khoshdel, 2004). نقش معنا درمانگر وسعت بخشیدن به میدان دید بیمار است تا آن جا که معنا و ارزش‌ها در میدان دید و حیطه خودآگاه بیمار قرار گیرد. او به بیمار کمک می‌کند تا برای خود معنای وجودی خود را یافته و ترغیب شود آن را کاملاً محقق سازد. برای انجام این کار، معنا درمانگر آزادی و مسئولیت یعنی دو ویژگی بارز انسان را دوباره به بیمار برمی‌گرداند (Frankel, 1967 ترجمه‌ی Maarefi, 2006).

پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده‌ی تأثیر معنا درمانی در موقعیت‌های مختلف بوده است. اثربخشی معنادرمانی گروهی در مواردی از جمله: سلامت روان مردان مبتلابه ویروس HIV (Roudini, 2005)، سلامت روان زنان (Afkhamrezaie, 2008)، سلامت روان زنان سالمند (Fakhar, 2006)، سلامت روان زنان آسیب‌دیده از زلزله (Ghanbarizarandi, 2008)، مشکلات روانی زنان مبتلابه سرطان سینه (Gerefimi, 2009)، افسردگی بیماران مبتلابه MS<sup>۳</sup> (Rezaie, 2008, Godrati & els, 2010)، سلامت روان افراد الکلی (Sunheechoo, ۲۰۰۸)، بیماران دارای اختلال شخصیتی چندگانه (Hutzell & Jerkins, 1990)، ناامیدی نوجوانان (Hedayati, 2006) نشان داده شده است. شایان ذکر است پژوهش‌های انجام شده

<sup>۱</sup> Group Counseling

<sup>۲</sup> Logo Therapy

<sup>۳</sup> Multiple Sclerosis

بیشتر در مورد جمعیت‌های بزرگ‌سال بوده و نوجوانان، مخصوصاً دانش‌آموزان خوابگاهی که با مشکلات خاص خود روبرو هستند و سلامت روان آن‌ها در معرض خطر است، مورد توجه قرار نگرفته است؛ بنابراین برای اولین بار در این پژوهش محقق به دنبال پاسخ این سؤال بود که آیا مشاوره‌ی گروهی با رویکرد معنا درمانی می‌تواند در افزایش سطح سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر باشد؟

### فرضیه‌های تحقیق

فرضیه‌ی اصلی تحقیق به این شرح است که معنادرمانی گروهی برافزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر هست که آن را می‌توان به فرضیه‌های فرعی زیر تقسیم نمود:

۱. معنادرمانی گروهی بر کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.
۲. معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.
۳. معنادرمانی گروهی در بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.
۴. معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

### روش پژوهش

روش مورد استفاده در این تحقیق، آزمایشی و به صورت طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه‌ی آماری دانش‌آموزان پسر خوابگاهی سال اول متوسطه‌ی شهرستان دیواندره بود که در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ مشغول به تحصیل بودند. نمونه مورد نظر به این ترتیب انتخاب شد از بین مدارس متوسطه‌ی شبانه‌روزی پسرانه‌ی شهرستان که ۵ مدرسه بود، به صورت تصادفی یکی از مدارس انتخاب گردید. سپس پرسش‌نامه‌ی سلامت روان در بین دانش‌آموزان خوابگاهی پایه‌ی اول این دبیرستان که ۸۳ نفر بودند اجرا گردید و از بین دانش‌آموزانی که بیش‌ترین نمره را کسب کرده بودند (بالتر از نمره‌ی برش ۲۳) تعداد ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از روش انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

### ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ 28): این پرسش‌نامه، برای اولین بار توسط (Goldberg, 1971)

تنظیم و به‌طور وسیعی به‌منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به‌کاربرده شده است. این آزمون دارای ۴ خرده‌مقیاس (علائم جسمانی، اضطراب وبی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی) است که هر خرده‌مقیاس دارای ۷ سؤال هست (Fathiashtiani, 2009).

خرده‌مقیاس اول شامل مواردی درباره‌ی احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آن‌ها است و با نشانه‌های جسمانی همراه است. مواد این خرده‌مقیاس در پرسش‌نامه در سؤال‌های ۱ تا ۷ مشخص شده است.

پرسش‌های خرده‌مقیاس دوم شامل مواردی است که با اضطراب وبی‌خوابی مرتبط‌اند. هفت ماده‌ی مربوط به این خرده‌مقیاس در سؤال‌های ۸ تا ۱۴ مشخص شده‌اند.

خرده‌مقیاس سوم گستره‌ی توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره‌ی چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. هفت ماده‌ی مربوط به این خرده‌مقیاس در سؤال‌های ۱۵ تا ۲۱ آمده است.

چهارمین خرده‌مقیاس دربرگیرنده‌ی مواردی است که با افسردگی اساسی و گرایش به خودکشی مرتبط‌اند و هفت ماده‌ی متمایزکننده‌ی آن در پرسش‌نامه با سؤال‌های ۲۲ تا ۲۸ مشخص شده‌اند (Fathiashtiani, 2009).

در بررسی Goldberg & Wilyams (۱۹۹۸) اعتبار تصنیفی برای کل پرسش‌نامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. میزان اعتبار این پرسش‌نامه به شیوه‌ی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌های علائم جسمانی ۰/۸۵، اضطراب وبی‌خوابی ۰/۷۸، عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۹۱ و کل پرسش‌نامه ۰/۸۵ به‌دست آمده است (Fathiashtiani, 2009). Taghavi (۲۰۰۱) به‌منظور تعیین اعتبار این پرسش‌نامه از روش باز آزمایی استفاده نمود. نتایج به‌دست آمده با روش باز آزمایی برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲ و برای خرده‌آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب وبی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بود (Fathiashtiani, 2009).

در بررسی Chenchen (۱۹۸۳) جهت بررسی روایی همزمان از پرسش‌نامه‌ی چندوجهی مینه‌سوتا استفاده نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. Kamen, Wilson & Kalman (۱۹۸۳) دو پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک را اجرا نمودند و ضریب روایی همزمان ۰/۶۹ را گزارش دادند (Fathiashtiani, 2009).

## شیوه‌ی اجرا

جلسات مشاوره‌ای بعد از انتخاب نمونه و جایگزینی آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل شروع شد. با توافق اعضاء، روزهای برگزاری جلسات گروه معین شد و درحالی‌که گروه آزمایشی در جلسات مشاوره شرکت می‌کردند، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات مشاوره طی ۱۰ جلسه - ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید.

اهداف هر یک از جلسات به صورت زیر بود:

جلسه‌ی اول، سامان‌دهی جلسات، توجیه آزمودن‌ها، آشنایی اعضاء گروه باهم و صحبت در مورد سلامت روان و عوامل مؤثر بر آن. جلسات دوم و سوم، مسائل و مشکلات دوران نوجوانی در گروه به بحث گذاشته شد. جلسه‌ی چهارم، آگاهی اعضاء نسبت به آزادی و مسئولیت انتخاب در گروه بحث شد. جلسه‌ی پنجم، شناخت اعضاء نسبت به قوانین حاکم بر زندگی‌شان و تقویت حس مسئولیت‌پذیری موردبررسی قرار گرفت. جلسه‌ی ششم، معنایابی در ابعاد گوناگون زندگی موردبحث قرار گرفت. جلسه‌ی هفتم، آشنایی با تعالی خویشتن، کشف معنا از طریق آرزوهای شخصی موردبررسی قرار گرفت. جلسات هشتم و نهم، تکنیک قصد متضاد به اعضاء آموزش داده شد. جلسه‌ی دهم، آموخته‌های جلسات قبل موردبررسی قرار گرفت و مباحث خلاصه و جمع‌بندی شد. در پایان جلسات گروهی پس‌آزمون روی هر دو گروه انجام گرفت.

**روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:** برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل آزمون t برای بررسی تفاوت میانگین دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون و بررسی دو پیش‌فرض تساوی واریانس گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون‌ها و در پایان از آزمون تحلیل چند متغیره برای آزمون تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

## یافته‌های پژوهش

### آمار توصیفی

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که میانگین سلامت‌روان گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با گروه کنترل تفاوت زیادی ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات سلامت‌روان گروه آزمایش کاهش یافته و از میانگین گروه کنترل کمتر شده است.

**جدول (۱): شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت روان دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس-آزمون**

پس‌آزمون			پیش‌آزمون			
انحراف معیار	میانگین	فراوانی	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	
۵/۸۰	۲۸/۹۰	۱۰	۶/۷۵	۳۰	۱۰	کنترل
۳/۹۴	۱۹/۶۰	۱۰	۶/۱۱	۳۲/۲۰	۱۰	آزمایش

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین بعد علائم جسمانی در مرحله پس‌آزمون در گروه کنترل افزایش اندکی یافته است، در حالی که میانگین گروه آزمایش کاهش قابل توجهی نشان داده است.

**جدول (۲): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد علائم جسمانی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

پس‌آزمون			پیش‌آزمون			
انحراف معیار	میانگین	فراوانی	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	
۱/۸۴	۶/۶۰	۱۰	۲/۲۲	۶/۵۰	۱۰	کنترل
۱/۵۶	۵/۰۰	۱۰	۲/۸۷	۸/۰۰	۱۰	آزمایش

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که میانگین بعد اضطراب و بی‌خوابی در مرحله پس‌آزمون در هر دو گروه کنترل و آزمایش کاهش یافته است، با این تفاوت که میزان کاهش میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بیشتر است.

**جدول (۳): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد اضطراب و بی‌خوابی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

پس‌آزمون			پیش‌آزمون			
انحراف معیار	میانگین	فراوانی	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	
۲/۹۷	۷/۸۰	۱۰	۲/۸۴	۸/۴۰	۱۰	کنترل
۱/۵۸	۴/۵۰	۱۰	۲/۹۶	۸/۱۰	۱۰	آزمایش

همان‌طور که نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، میانگین عملکرد اجتماعی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است، هرچند کاهش گروه کنترل اندک است. با این حال میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است.

جدول (۴): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد عملکرد اجتماعی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پس‌آزمون			پیش‌آزمون		
	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	انحراف معیار	میانگین	فراوانی
کنترل	۲/۲۶	۸/۰۰	۱۰	۲/۴۱	۸/۶۰	۱۰
آزمایش	۱/۵۸	۴/۵۰	۱۰	۲/۹۱	۹/۳۰	۱۰

همان‌گونه که نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد، میانگین افسردگی گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون از گروه آزمایش کمتر است، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش کاهش یافته است و از گروه کنترل کمتر شده است.

جدول (۵): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد افسردگی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پس‌آزمون			پیش‌آزمون		
	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	انحراف معیار	میانگین	فراوانی
کنترل	۱/۵۸	۶/۵۰	۱۰	۳/۲۴	۶/۵۰	۱۰
آزمایش	۲/۷۶	۵/۶۰	۱۰	۱/۸۱	۷/۸۰	۱۰

#### آمار استنباطی

در این بخش ابتدا با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون، پیش‌شرط ضروری بود. نتایج به دست آمده از آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس نمرات سلامت روان در مرحله پس‌آزمون برقرار است ( $F_{1,18}=0/325, p>0/05$ ).



نتایج به دست آمده از آزمون لوین در بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌ها در چهار خرده مقیاس سلامت روان نشان داد پیش فرض تساوی واریانس نمرات علائم جسمانی ( $F_{1,18}=0/165, p>0/05$ )، اضطراب و بی‌خوابی ( $F_{1,18}=0/160, p>0/05$ )، عملکرد اجتماعی ( $F_{1,18}=0/177, p>0/05$ ) و افسردگی ( $F_{1,18}=0/415, p>0/05$ ) در مرحله پس آزمون برقرار است.

پس از محاسبه مفروضه یکسانی واریانس‌ها، جهت بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج حاصل، این فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت ( $p>0/05$ ) و می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش آزمون در متغیر سلامت روان تعاملی وجود ندارد.

این مفروضه برای چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی ( $p>0/05$ ) نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد در مورد تمامی این خرده مقیاس‌ها فرض یکسانی شیب رگرسیون برقرار است. همچنین یکسانی شیب رگرسیون چندگانه (ترکیب پیش آزمون‌ها با پس آزمون‌ها) نیز مورد بررسی قرار گرفت ( $p>0/05$ ) که نتایج نشان داد فرض یکسانی شیب رگرسیون چندگانه برقرار است.

در ادامه از آزمون t گروه‌های مستقل به منظور مقایسه نمرات آزمودنی‌های دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون استفاده شد.

همان‌طور که نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد با توجه به مقدار t محاسبه شده، تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در نمرات پیش آزمون معنادار نیستند ( $p>0/05$ )؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در متغیر سلامت روان و ابعاد آن بین نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوتی وجود ندارد.

جدول (۶): خلاصه اطلاعات آزمون t برای مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت- روان و ابعاد آن در پیش آزمون

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معنی داری
سلامت روان	کنترل	۱۰	۳۰	۶/۷۵	-۱/۱۱۲	۰/۲۸۱
	آزمایش	۱۰	۳۲/۲۰	۶/۱۱		
علائم جسمانی	کنترل	۱۰	۶/۵۰	۲/۲۲	-۱/۳۰۷	۰/۲۰۸
	آزمایش	۱۰	۸/۰۰	۲/۸۷		

۰/۸۲۰	۰/۲۳۱	۲/۸۴	۸/۴۰	۱۰	کنترل	اضطراب و بی‌خوابی
		۲/۹۶	۸/۱۰	۱۰	آزمایش	
۰/۵۶۵	-۰/۵۸۶	۲/۴۱	۸/۶۰	۱۰	کنترل	عملکرد اجتماعی
		۲/۹۱	۹/۳۰	۱۰	آزمایش	
۰/۲۸۳	-۱/۱۰۷	۳/۲۴	۶/۵۰	۱۰	کنترل	افسردگی
		۱/۸۱	۷/۸۰	۱۰	آزمایش	

در ادامه پس از اینکه مشخص شد بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل چند متغیره استفاده شد.

**فرضیه اصلی تحقیق بیانگر آن بود که معنادرمانی گروهی برافزایش سلامت روان دانش-آموزان خوابگاهی مؤثر است.**

همان‌طور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، فرضیه اصلی پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی گروهی برافزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مورد تأیید قرار گرفت ( $F_{1,18} = 76/466, p < 0/001$ )؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود معنادرمانی گروهی با ۹۹ درصد اطمینان موجب افزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی گردیده است. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش و متغیر وابسته وجود دارد ( $p < 0/001$ ).

**جدول (۷): تحلیل چند متغیره جهت بررسی سلامت روان در مرحله پس‌آزمون**

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
سلامت روان	پیش‌آزمون	۳۱۵/۲۲۴	۱	۳۱۵/۲۲۴	۵۳/۵۲۱	۰/۰۰۱
	گروه	۶۰۵/۹۸۷	۱	۶۰۵/۹۸۷	۷۶/۴۶۶	۰/۰۰۱
	خطا	۱۲۸/۰۷۶	۱۷	۷/۵۲۴		
	کل	۱۲۶۳۷/۰۰	۲۰			

**فرضیه‌ی فرعی اول تحقیق بیانگر آن بود که معنادرمانی گروهی بر کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.**

همان‌طور که جدول (۸) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی اول پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی گروهی بر کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مورد تأیید قرار

گرفت ( $F_{1,18} = 6/892, p < 0/05$ )؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود معنادرمانی گروهی با ۹۵ درصد اطمینان موجب کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی گردیده است. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش بعد علائم جسمانی وجود دارد ( $p < 0/51$ ).

جدول (۸): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد علائم جسمانی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۰/۹۳۷	۱	۱۰/۹۳۷	۳/۶۵۴	۰/۰۵۱
	گروه	۱۹/۲۹۷	۱	۱۹/۲۹۷	۶/۸۹۲	۰/۰۱۴
	خطا	۴۱/۴۶۳	۱۷	۲/۴۳۹		
	کل	۷۳۸/۰۰	۲۰			

فرضیه‌ی فرعی دوم تحقیق بیانگر این بود که معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان اضطراب و بی‌خوابی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان اضطراب و بی‌خوابی دانش‌آموزان خوابگاهی در مرحله پس‌آزمون بررسی شد. همان‌طور که جدول (۹) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی دوم پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان اضطراب و بی‌خوابی دانش‌آموزان خوابگاهی مورد تأیید قرار گرفت ( $F_{1,18} = 14/357, p < 0/001$ )؛ یعنی بین میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش-آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش و بعد سلامت جسمانی وجود دارد ( $p < 0/001$ ).

جدول (۹): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد اضطراب و بی‌خوابی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اضطراب و بی‌خوابی	پیش‌آزمون	۴۳/۶۸۶	۱	۴۳/۶۸۶	۱۳/۱۵۶	۰/۰۰۱
	گروه	۴۹/۱۱۴	۱	۴۹/۱۱۴	۱۴/۳۵۷	۰/۰۰۱
	خطا	۵۸/۴۱۴	۱۷	۳/۴۳۶		
	کل	۹۱۳/۰۰	۲۰			

### فرضیه‌ی فرعی سوم تحقیق بیانگر این بود که معنادرمانی گروهی در بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

برای بررسی این فرضیه، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر معنادرمانی گروهی در بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان خوابگاهی در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طور که جدول (۱۰) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی سوم پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی - گروهی برافزایش عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان مورد تأیید قرار گرفت ( $F_{1,18} = 20/444, p < 0/001$ )؛ یعنی بین میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش و بعد عملکرد اجتماعی وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

جدول (۱۰): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد عملکرد اجتماعی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۴/۰۵۶	۱	۱۴/۰۵۶	۴/۵۴۳	۰/۰۴۹
	گروه	۶۸/۳۱۹	۱	۶۸/۳۱۹	۲۰/۴۴۴	۰/۰۰۱
	خطا	۵۴/۴۴۴	۱۷	۳/۲۰۳		
	کل	۹۱۱/۰۰	۲۰			

### فرضیه‌ی فرعی چهارم تحقیق بیانگر این بود که معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طور که جدول (۱۱) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی چهارم پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان مورد تأیید قرار نگرفت ( $F_{1,18} = 4/074, p > 0/05$ ).

با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان بیان کرد که بین میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و معنادرمانی گروهی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان اثربخش نبوده است. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه معناداری بین همپراش و بعد افسردگی وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

جدول (۱۱): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد افسردگی در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
افسردگی	پیش آزمون	۱/۹۸۶	۱	۱/۹۸۶	۰/۸۹۵	۰/۳۲۲
	گروه	۵/۳۰۴	۱	۵/۳۰۴	۴/۰۷۴	۰/۱۲۵
	خطا	۸۸/۹۱۴	۱۷	۵/۲۳۰		
	کل	۸۲۷/۰۰	۲۰			

### بحث

یافته‌های برآمده از این تحقیق نشان داد که معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر بهبود وضعیت جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر بود. این یافته با نتایج یافته‌های (Nagata, 2003)، (Roudini, 2005) و (Ghanbarizarandi, 2008) همخوانی دارد؛ اما با یافته‌های (Fakhar, 2006) و (Afkhamrezaie, 2008) همسو نمی‌باشد. فرانکل معتقد است که یافتن معنا در عوارض و آلام فرد، نوعی تغییر خوش‌بینانه را ایجاد می‌کند که می‌تواند ناامیدی را به پیروزی تبدیل کرده و به افراد کمک می‌کند به جای این که قربانی محض شرایط خود باشند، از طریق افزایش آگاهی و مسئولیت به شرکت‌کنندگانی فعال در حیات خود تبدیل شوند (Godrati & els, 2010)، به نقل از (Breitbart 2004).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد جلسات معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Saunders, 1996)، (Dezurillas & Nezu, 1999)، (Roudini, 2005)، (Yousefi, 2006)، (Fakhar, 2006) و (Ghanbarizarandi, 2008) همسو می‌باشد. معنادرمانی اضطراب را ناشی از قصد قوی یا وافر می‌داند بنابراین در خلال درمان مراجعان درمی‌یابند که بر رهایی از مشکل تأکید نکنند بلکه با پذیرش آن با مشکل زندگی کنند. در این پژوهش نیز دانش‌آموزان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند سختی دوران تحصیل، هزینه‌ی تحصیل، دوری از خانواده، نگرانی در مورد آینده به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. از دیگر دلایل اضطراب افراد این است که سرنوشت خود را محصول عوامل غیرارادی یعنی جبرگرایی و محیط تصور می‌کنند درحالی که معنادرمانی انسان را صاحب عقل و اختیار می‌داند و زندگی را بر پایه‌ی آزادی و اختیار تبیین می‌کند بنابراین بر مبنای اختیار، دانش‌آموزان این نوع زندگی را انتخاب کرده‌اند و به همین دلیل با به کارگیری معنادرمانی و تأکید بر قدرت انتخاب، اضطراب دانش‌آموزان کاهش یافت.

یافته‌های بعدی پژوهش نشان داد جلسات معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر بود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های (Roudini, 2005)، (Fakhar, 2006)، (Godrati & els, 2010) همخوانی دارد ولی با یافته‌های (Afkhamezaie, 2008) و (Ghanbarizarandi, 2008) همسو نیست. معنادرمانی فرانکل می‌تواند به افرادی که دچار اختلال در کارکرد اجتماعی هستند کمک کند که ارزش‌های فعلی خود را تغییر داده و ارزش‌های متناسب با موقعیت خود ایجاد کنند. به-خصوص از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی و تجربی می‌توان گام‌های مؤثری در این زمینه برداشت. در معنادرمانی تلاش می‌شود تا به افراد کمک شود از طریق منابع مهم یافتن معنا مانند کار کردن، کمک به دیگران و عشق ورزیدن به دیگران احساس مفید بودن کنند.

علاوه بر این، نتایج جلسات معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر نبوده است. نتایج این پژوهش با نتایج (Fakhar, 2006) و (Pourebahim, 2006) همسو بوده است؛ اما با نتایج (Schulenberg, 2002)، (Alfred & els, 2006)، (Pavel & Somov, 2007)، (Yousefi, 2006)، (Godrati & els, 2010)، (Afkhamezaie, 2008)، (Rezaie, 2008) همخوانی ندارد. در رویکرد معنادرمانی برای کاهش افسردگی از فرایندهای درمانی مانند خود فاصله‌گیری استفاده می‌شود تا از طریق آن فرد از مشکل خود کنار کشیده و معقول‌تر عمل کند. در فرایند تغییر نگرش نیز تلاش می‌شود تا مراجع مشکلات منفی را به صورت احتمالات مثبت مجدداً قالب‌بندی کند. در فرایند کاهش مشکل، درمانگر تلاش می‌کند مراجع آزادی لازم را برای جستجوی پتانسیل‌های مثبت جدید در زندگی کسب کند و سرانجام موفق شود معنای مثبت و جدیدی را در زندگی کشف کند (Godrati & els, 2010). به نقل از (Miller & Min, 1999).

کاهش افسردگی در نوجوانان و کشف معنا با کمک گرفتن از عوامل زیر امکان‌پذیر است: ۱. ایجاد رابطه‌ی درمانی ۲. ایجاد بینش از طریق موردتوجه قرار دادن هویت، ارزش‌ها و اهداف ۳. قالب‌بندی مجدد افسردگی ۴. کشف معنا در افسردگی ۵. دنبال کردن آن معنا. البته هدف معنادرمانی لزوماً کاهش افسردگی نیست، بلکه معنادرمانی خواهان پیدا کردن معنا و دنبال کردن آن است. هنگامی نوجوانان از ارزش‌های خود آگاهی کامل نداشته باشند و یا این که در جهت مخالف با ارزش‌های خود قدم بردارند دچار افسردگی و دیگر اختلالات روانی می‌شوند (Blair, 2004).

در پایان می‌توان نتیجه گرفت درمان گروهی بر مبنای دیدگاه فرانکل برافزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر بود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های (Sunheechoo, 2008)،

(Godrati & els, 2010)، (Afkhamrezaie, 2008)، (Ghanbarizarandi, 2008)، (Fakhar, 2006) همخوانی دارد. در این باره می‌توان گفت برای افزایش سلامت روان باید به تمامی ابعاد وجود که طبق گفته‌ی فرانکل شامل بدن، فکر و روح است توجه کرد. یکی از علل کاهش سلامت روانی افراد، نداشتن معنا در زندگی و نپذیرفتن مسئولیت می‌باشد؛ بنابراین اگر شخص در موقعیتی قرار گیرد که نتواند شرایط را تغییر دهد، می‌تواند نگرش خود نسبت به وضعیت را تغییر دهد که این کار نوعی متعالی کردن خود از رهگذر معنایابی است به خصوص هنگامی که رنج کشیدن اجتناب‌ناپذیر باشد.

### نتیجه‌گیری

در این پژوهش دانش‌آموزان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند سختی دوران تحصیل و دوری از خانواده به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. به همین دلیل معنادرمانی با ارائه روش‌های خاص باعث افزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی شد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان عنوان کرد که انسان واکنش خود را برابر رنج‌ها، سختی‌های ناخواسته و شرایط محیطی، خود انتخاب می‌کند و هیچ‌کس را جز خود او یارای آن نیست که این حق را از او بازستاند. آنچه انسان را از پای درمی‌آورد رنج‌ها و سرنوشت نامطلوب نیست بلکه بی‌معنا شدن زندگی است. معنا تنها در شادمانی و خوشی نیست بلکه در رنج و سختی هم می‌توان معنایی یافت. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین دم زندگی معنا خواهد داشت.

پس می‌توان گفت معنای زندگی امری مشروط نیست؛ زیرا معنای زندگی می‌تواند حتی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد. Frankel (۱۹۶۷) در نگرش خود به سلامت روان، بر اراده‌ی معطوف به معنا تأکید عمده دارد. در نظام فکری تنها یک انگیزش بنیادی وجود دارد: اراده‌ی معطوف به معنا، چنان نیرومند است که می‌تواند همه‌ی انگیزش‌های دیگر انسان را تحت‌الشعاع قرار دهد. اراده‌ی معطوف به معنا برای سلامت روان حیاتی است و در اوضاع و شرایط حاد حداقل برای بقا ضروری است (Frankel, 1967 ترجمه‌ی 2006، Maarefi). علی‌رغم نگرانی Frankel (۱۹۹۲)، از این که ممکن است انسان‌ها در زندگی توجهی به معانی معنوی نکنند و در محدوده‌ی ارزش‌های مادی بمانند، می‌توان با برگزاری جلسات تعریف‌شده‌ای با تغییر معنای زندگی، سطح سلامت آن‌ها را تغییر داد (Afkhamrezaie, 2008).

به نقل از (Frankel, 1992) چون بعد معنوی انسان از طریق تعالی نیز قابل حصول است مردم از این طریق از محدوده‌ی خویشتن زیست‌شناختی و روان‌شناختی فراتر می‌روند و صاحب ارزش‌های خاصی

می‌شوند و معنای زندگی خویش را درمی‌یابند و با تعالی نفس می‌توانند خویشتن حقیقی خود را دریابند. موضوعی که از نظر May & Yalom (۱۹۸۹)، در شکل‌های گروهی درمان بیشتر اتفاق می‌افتد. چون در طی درمان گروهی انسان‌ها به زندگی که سفر طولانی خودکاوی است متعهد می‌شوند ( Afkhamrezaie, 2008 به نقل از Corey, 1990). در پایان این نتیجه‌ی کلی استنباط می‌شود که افراد نمونه با آموزش روش معادرمانی توانستند معنا را در درون خود کشف کنند و امید، انگیزه و سلامت روان آنان افزایش یابد و در برخورد با چالش‌ها به‌طور مسئولانه عمل نمایند.

## منابع

- افخم رضایی، زهرا. (۱۳۸۷). اثربخشی معادرمانی گروهی بر ارتقا سلامت روان. اندیشه و رفتار. ۴، ۳، ۴، ۶۹-۷۸.
- پورابراهیم، تقی. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو شیوه مشاوره گروهی معادرمانی با مشاوره فردی چندالگوی بر کاهش افسردگی سالمندان آسایشگاه‌های تهران. پایان‌نامه دکترای مشاوره. دانشگاه علامه طباطبایی.
- رسولی، مریم. یغمایی، فریده؛ و علوی مجد، حمید. (۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی (مقیاس امیدواری نوجوانان) در نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی. فصلنامه پایش. ۲، ۹، ۲، ۱۹۷-۲۰۴.
- رضایی، هما. (۱۳۸۷). اثربخشی معادرمانی به شیوه گروهی در افسردگی بیماران MS. پژوهش‌نامه تربیتی دانشگاه آزاد بروجرد. ۱۶، ۱، ۵۳-۷۱.
- رودینی، بالقیس. (۱۳۸۵). بررسی سودمندی معادرمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان مبتلا به ویروس HIV. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشگاه خاتم.
- شولتز، دوان. (۱۳۸۴). روان‌شناسی کمال. ترجمه گیتی خوشدل. چاپ سوم. تهران: پیکان.
- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمون‌های سلامت روان. چاپ هفتم. تهران: بعثت.
- فخار، فرشاد. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معادرمانی بر افزایش سطح سلامت روان زنان سالمند. مجله سالمندی ایران. ۷، ۳، ۶۷-۵۸.
- فرانکل، ویکتور. (۱۳۸۶). انسان در جستجوی معنا. ترجمه اکبر معارفی. چاپ هشتم. تهران: دانشگاه تهران.
- قدرتی، سیما. تبریزی، مصطفی و اسماعیلی، معصومه. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل بر افزایش سلامت عمومی بیماران MS. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. تابستان ۸۹، ۳۴، ۹، ۲۵-۷.
- قنبری‌زرنندی، زهرا. (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معادرمانی بر ارتقا سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله. مجله علمی- پژوهشی تحقیقات زنان. زمستان ۱۳۸۷، ۴، ۳، ۴، ۵۷-۶۶.
- گرفمی، هاجر. (۱۳۸۸). اثربخشی معادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. اندیشه و رفتار. ۱۳، ۴، ۴۲-۳۵.



- مسعودزاده، عباس. خلیلیان، علیرضا. اشرفی، مهسا. کیمیاییگی، کامران. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی شهر ساری سال تحصیلی ۸۲-۸۱. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۴، ۴۵، ۸۲-۷۴.
- منصور، لادن. ملاشریفی، شیدا. وخشور، حسن. (۱۳۸۸). ساخت پرسش نامه سازگاری خوابگاهی و هنجاریابی آن در مورد دانشجویان دانشگاه های شهر تهران. تازه ها و پژوهش های مشاوره. ۸، ۲۹، ۷۵-۶۶.
- میلائی فر، بهروز. (۱۳۷۸). بهداشت روانی. چاپ سوم. تهران: قومس.
- هدایتی، ناجی. (۱۳۸۵). اثربخشی مشاوره گروهی به روش معنادرمانی فرانکل بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین ۱۳-۱۸ سال هنرستان آزادگان سقز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- یوسفی، ناصر. اعتمادی، عذرا. بهرامی، فاطمه. فاتحی زاده، مریم السادات. احمدی، سیداحمد. ماورانی، عبدالعزیز. عیسی نژاد، امید. بطلانی، سعید. (۱۳۸۸). اثربخشی معنادرمانگری و گشتالت درمانگری در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری. فصلنامه روانشناسان ایرانی. ۵، ۱۹، ۲۵۹-۲۵۱.
- Afkhamrezai, Z. (2008). Group logotherapy on mental health promotion effectiveness. *Journal of Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 3(9), 69-78.
- Pouribrahim, T. (2006). Comparison of two methods of group counseling with individual counseling Logotherapy a model of depression in elderly nursing home in Tehran. Consultation PhD thesis. Allame Tabatabaei University.
- Rasouli, M. Yaghmaii, F. Allavimajd, H. (2010) Psychology Features (measuring youth hopefully) Adolescents who living in boarding houses. *Journal of Payesh*. 2, 197-204.
- Rezai, H. (2008). Effectiveness group logo therapy in depressed MS patient. *Educative bulletin of Brojerd Azad University*. 16, 53-71.
- Rodiny, B. (2006). Survey usefulness of group logotherapy in improving mental health in men who suffering to HIV virus. Master thesis. Tehran, Khatem University.
- Schultz D. (1997). Perfection psychology. Translated by Gity Khoshdel, (2005).3, Tehran: Peykan.
- Fathiashtiany, A. (2009). Mental health Tests. 7, Tehran: Be'sat.
- Fakhar, F. (2008). Checking the effect of group counseling with the approach of logo therapy on the increase level of mental health in older women. *Iranian Journal of Ageing*. 3(7), 58-67.
- Frankel, V. (1967). Man's in searching of meaning. Translated by Akbar Moarefy. 2007. 8, Tehran: Tehran University.
- Ghodrati. S. Tabrizi, M. Esmaili, M. (2010). Checking Effectiveness of group therapy based on Frankel's viewpoint on the rising public health of MS patient. *Journal of Counseling Research & Developments*. Summer 2010. 9(34), 7-25.
- Ghanbarizarandi, Z. (2008). Effectiveness of group counseling with the approach of logo therapy on upgrade the public health of women who affected of earthquake. *Scientific-research of women study magazine*. Winter 2008. 4, 57-66.
- Garfami, H. (2009). Effectiveness of group logotherapy on reduces symptoms of mental health problem in women with breast concern. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(13), 35-42.

- Masoudzadeh, A. Khalilian, A. Ashrafy, M. Kimiabeigi, K. (2004). Checking mental health education of high school student in Sari city academic year 2002-2003. *The Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 14(45). 74-82.
- Mansour. L. Molashardifi, S. Vekhshor, H. (2009). Create Questionnaire of dorm compatibility and Normalization that about the students of Tehran's Universities. *Journal of Counseling Research & Developments*. 8(29). 66-75.
- Milanifar, B. (1999). Mental health. 3. Tehran: Ghomes.
- Hedaiaty. N. (2006). Effectiveness of group counseling by the Frankel logotherapy method on decreasing disappointment in teenager on the ages between 13-18 in Saqez Azadegan School. Master thesis, Allame Tabatabay University.
- Yusefi. N. Etemadi, O. Bahrami, F. Fatehizadeh, M. Ahmadi, A. Mavarani, A. Isanejad, O. Botlani, S. (2009). Effectiveness of logotherapy and gestalt therapy in treating anxiety, depression and aggression. *Journal of Iranian psychology*. 5(19). 251-259.
- Alfried, L. Britt, M. Syke. S. (2006) Victor frankl advocate for humanity: on his 100 birthday. *The Journal of humanistic Psychology*. 46, 36- 47.
- Blair, r. g. (2004) Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of mental health counseling*. 26(4), 333- 347.
- Dzurillas, T. Nezu, A. (1999) Problem Solving therapy: *A Social Competence approach to Clinical intervention*. New York. Springer. 153-167.
- Fisher, S. Hood, B. (1988) Vulnerability factors in the transition to university: self report mobility history and differences factors of Psychological disturbance. *British Journal of Psychology*. 79, 309- 320.
- Hutzell, R. R. Mary, E. J. (1990) The use of Logotherapy technique in the treatment of multiple personality disorder. *dissociation*. 3 (2), 88-93.
- Nagata, K. (2003) A Study of Logotherapy for clinic low back pain patient. *Psychiatry*. 105, 88-100.
- Pavel, G. Somov, R. (2007) Meaning of life group. Group application of Logotherapy for substance use treatment. *Journal for specialist in group work*. 32, 316- 331.
- Robert, Cifford, Adram, (1998) Prevalence of Psychopatology among children and adolescents. *AMJ Psychiatry*. 715- 725.
- Saunders, T. (1996) the effect of stress inoculation training on anxiety and reformance. *Journal of occupational health Psychology*. 1, 190- 207.
- Schulenberg, S. E. (2002) Logotherapy and conduct disorder. *The international Journal for Logotherapy*. 25, 52- 67.
- Simsek, Z. Erol, N. Oztop. Muner, K. (2007) prevalence and predictor of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community control. *Chidren and youth services Review*. article in press. 251-272.
- Sunhee, c. (2008) Effect of Logo autobiography program on meaning in life and mental health in the wives of alcoholics association researcher institute of Nursing science. Seoul National university, Seoul Korea. *Asian nursing research*. 2(2), 129-139.