



اثربخشی مداخله روان شناختی تکریمی - معنوی خانواده‌محور بر سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ

کامران زمان‌نامیان: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی تربیتی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
ID ابوالقاسم یعقوبی: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران (* نویسنده مسئول) yaghoobi@basu.ac.ir
 علیرضا محمدی‌آریا: استادیار، گروه آموزشی پیش از دبستان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

مداخله روان‌شناختی،
تکریمی-معنوی خانواده‌محور،
سلامت روان،
نشاط معنوی،
بلوغ

زمینه و هدف: سلامت روانی و نشاط معنوی به‌عنوان فاکتورهای مؤثر در عملکرد روانی، اجتماعی و هیجانی نوجوانان به شمار می‌روند. هدف از انجام تحقیق حاضر تعیین اثربخشی مداخله روان‌شناختی تکریمی-معنوی خانواده‌محور بر سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ بود.

روش کار: برای انجام تحقیق نیمه‌آزمایشی حاضر که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه انجام شد از بین نوجوانان پسر دوره بلوغ (۱۳ تا ۱۵ ساله) حاضر در مدارس متوسطه اول منطقه ۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۲۵ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۳ نفر) و گواه (۱۲ نفر) تقسیم شدند. والدین نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخله روان‌شناختی تکریمی-معنوی خانواده‌محور را طی سه و نیم ماه در ۱۴ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نموده و تمام آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های سلامت روان (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و نشاط معنوی (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲) را تکمیل کردند. نهایتاً از شیوه تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرنی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله روان‌شناختی تکریمی-معنوی خانواده‌محور بر سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ تأثیر معناداری داشته ($p < 0.001$) و سلامت روان و نشاط معنوی را بهبود داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان نتیجه گرفت که مداخله روان‌شناختی تکریمی-معنوی خانواده‌محور می‌تواند به‌عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Zamannamian K, Yaghoobi A, Mohammadiarya A. Efficacy of Family-Oriented Respectful-Spiritual Psychological Intervention on the Mental Health and Spiritual Vitality of the Male Adolescents in the Puberty Period. Razi J Med Sci. 2022;29(9):197-208.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 3.0** صورت گرفته است.



Original Article

Efficacy of Family-Oriented Respectful-Spiritual Psychological Intervention on the Mental Health and Spiritual Vitality of the Male Adolescents in the Puberty Period

Kamran Zamannamian: PhD student, Department of Educational Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Abolghasem Yaghoobi: Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran (* Corresponding author) yaghoobi@basu.ac.ir

Alireza Mohammadiarya: Assistant Professor, Department of Preschool Education, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Although mental, emotional and social variables play an important role in the general health of teenagers, but without a doubt, the meaning that teenagers find for themselves in life, i.e. spiritual vitality, can also affect their lives. In fact, vitality and spiritual health is the newest dimension of health, which is placed next to other aspects of health such as physical health, mental health, and social health. In a comprehensive definition, it can be said that spiritual vitality is having a sense of acceptance, morality, a sense of positive mutual connection with a sovereign and superior holy power with others, which comes about through a dynamic and coordinated cognitive, emotional, action and personal consequence process (7).

Since the family is the center and core of care, the most effective services are those that emphasize the role of the family and strive to empower families, because the family-centered approach is effective for children, parents, families, and service providers. It improves medical services and increases families' satisfaction with the services provided. This is despite the fact that the performance of each person within the family system, especially the guardian, who is a mental-behavioral model for continuing, maintaining and changing the behavior of other family members, affects the psychological and social well-being of children (9). Therefore, family-oriented educational intervention means providing information to families about various issues or mental disorders and methods of prevention, coping and facing them. The main goal in family-oriented educational interventions is to improve the attitude and change the behavior of family members, especially spouses (10). According to the mentioned materials, the use of effective psychological interventions can provide the ground for the normal social and emotional development of teenagers. However, it should be noted that teenagers should assume professional and social roles upon entering adulthood. Therefore, weakness in effective emotional components such as mental health and weak spiritual vitality can make them face many problems. Therefore, considering the strong role of mental health and spiritual vitality in adolescence and its extensive effects on the personal, social and professional life of adolescents, it is necessary to take appropriate measures to improve this component. At the same time, it is necessary to address the research gap. As such, conducting family-oriented research in order to reduce the psychological and emotional problems of adolescents in the high-risk period of puberty has been largely neglected. Now, considering the research gap (lack of similar research) and considering the effectiveness of family-oriented interventions, the main problem of the present study is to evaluate the effectiveness of family-oriented spiritual-respectful psychological intervention on the mental health and spiritual vitality of adolescents during puberty.

Methods: In order to conduct the present semi-experimental research, which was conducted with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period, among adolescent boys (13 to 15 years old) present in the first secondary schools of the 5th district of Tehran in the academic year 2018-2019, whose score less than 65 in the mental health questionnaire and less than 70 in the spiritual vitality questionnaire, 25 teenagers were selected by purposeful sampling and randomly divided into two experimental groups (13 people) and control group (12 people). In the following, the samples of the mental health questionnaire of Goldberg and Hiller (1979) which has 28 questions, 14 of which measure psychological well-being and 14 of which measure psychological helplessness in a five-point Likert scale from 0 (completely disagree) to 4 (completely agree) The range of scores is between 0 and 112. Scores lower than 65 indicate the presence of damage in the mental health process of a person (4), and the spiritual vitality scale of Polotzin and Ellison (1982)

Keywords

Psychological
Intervention,
Family-Oriented
Respectful-Spiritual,
Mental Health,
Spiritual Vitality,
Puberty

Received: 10/09/2022

Published: 10/12/2022

which has 20 questions, 10 of which are religious health and 10 Another question measures existential health. The range of religious and existential health score is 10-60, each separately. For religious and existential health sub-groups, there is no leveling and judgment is based on the obtained score. The higher the obtained score, the higher the sign of spiritual and existential vitality. The score of spiritual vitality is the sum of these two subgroups, the range of which is 20-120. Answers to the questions were categorized on a six-point Likert scale from strongly disagree to strongly agree. In negative questions, scoring is done in reverse. Obtaining scores less than 70 indicates a person's lack of spiritual vitality. Finally, descriptive statistics of mean and standard deviation and Shapiro-Wilk tests were used to check the normality of the distribution of variables, Levine's test to check the equality of variances, Mochelli's test to check the assumption of sphericity of the data, and mixed analysis of variance and Bonferroni's post hoc test were used to test the research hypothesis. became.

Results: According to Table 3, the effect of the factor of group membership (respectful-spiritual family-oriented psychological intervention) on the scores of mental health and spiritual vitality of male adolescents during puberty is significant ($p < 0.001$). The effect size shows that group membership (respective-spiritual family-centered psychological intervention) explains 44 and 42 percent of the difference in mental health and spiritual vitality scores, respectively. Also, the results indicate that the interaction effect of the type of treatment and the time factor on the mental health scores and spiritual vitality of male adolescents during puberty is significant ($p < 0.001$). As the results of Table 4 show, there is a significant difference between the average scores of the pre-test, post-test and follow-up in the variables of mental health and spiritual vitality. This means that family-centered religious-spiritual psychological intervention has been able to significantly change the post-test scores and follow-up mental health and spiritual vitality of adolescent boys in the puberty period compared to the pre-test stage. Another finding of this table showed that there is no significant difference between the average scores of the post-test and follow-up stages. This finding can be explained by the fact that the scores of mental health and spiritual vitality of adolescent boys in the puberty period, which underwent a significant change in the post-test phase, were able to maintain this change during the follow-up period as well. In a summary, it can be stated that family-centered religious-spiritual psychological intervention has been able to lead to a significant change in the mean scores of mental health and spiritual vitality of adolescent boys in the post-test phase, and this effect has maintained its stability in the follow-up phase.

Conclusion: The results showed that family-centered religious-spiritual psychological intervention had a significant effect on the mental health and spiritual vitality of male adolescents during puberty and was able to improve the mental health and spiritual vitality of these adolescents. In the present explanation, it can be said that family-oriented psychological intervention improves the management of emotions and feelings (19). Based on this, family-oriented psychological intervention by improving the skills and management of emotions, cognitions and cognitive processing causes adolescents to show better mental health. In addition, during the family-centered religious-spiritual psychological intervention training sessions, parents were taught to familiarize themselves with the psychological, emotional and cognitive characteristics of adolescence and learn ways to establish healthy relationships with adolescents. Such a process made it possible for parents to establish normal psychological and emotional relationships with their children and in this way prevent the occurrence of challenges between them. Based on such a trend, the amount of mental and emotional disturbance of teenagers is reduced and they show better mental health.

The second finding showed that family-centered religious-spiritual psychological intervention had an effect on the spiritual vitality of adolescent boys during puberty. In the present explanation, the concepts taught during the sessions should be addressed. First of all, it should be mentioned that family-based education is able to strengthen the communication of family members with each other by promoting the culture of mutual thinking and negotiation, and in this way, it helps to improve the mental, emotional and cognitive health of the people present in the family (25). This process can also prepare the ground for improving the cognitive and emotional processing of children, and in this way, their mental and spiritual vitality increases.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Zamannamian K, Yaghoobi A, Mohammadiarya A. Efficacy of Family-Oriented Respectful-Spiritual Psychological Intervention on the Mental Health and Spiritual Vitality of the Male Adolescents in the Puberty Period. Razi J Med Sci. 2022;29(9):197-208.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

بسیاری از صاحب‌نظران در این مورد اتفاق نظر دارند که نوجوانی یکی از چالش‌برانگیزترین دوره‌های رشدی و تحولی انسان است و از سوی دیگر زندگی انسان در عصر تکنولوژی و فراتکنولوژی توأم با غفلت از برخی ارزش‌های روانی، تحولی و اجتماعی است که ضمن تهدید سلامت روانی، اجتماعی عاطفی نوجوانان می‌تواند بر پیکر وجودی او لطمه‌های جبران‌ناپذیری وارد آورد (۱). نوجوانی، با تجربه اولین بلوغ جنسی آغاز می‌شود که با پدیدآیی بلوغ در نوجوانان، فرایندهای روانی و هیجانی آن‌ها متأثر شده و با کاهش تاب‌آوری روانی و بروز علائم آسیب‌های بالینی، ممکن است میزان سلامت روانی آن‌ها کاهش یابد (۲). موضوع «سلامت» به‌طور اعم «سلامت روانی» به‌طور اخص از موضوعات چالش‌برانگیز بوده است و از مفهوم «بهنجاری» و «نابهنجاری» متأثر می‌باشد و خود این مفاهیم نیز از «دیدگاه اجتماعی»، «آماری» و «پریشانی شخصی» و نیز دیدگاه «ناتوانی یا بدکارکردی اجتماعی» متأثر بوده و معنا و مفهوم پیدا می‌کند (۳). از دیدگاه روان‌شناسان مثبت‌نگر، کل‌نگر، روان‌شناسان مکتب روان‌کاوی و حتی سازمان جهانی بهداشت، مفهوم سلامت روانی متفاوت از دیدگاه روان‌پزشکان است. آدلر شایستگی در رشد روابط اجتماعی، لوینسون پذیرش مسئولیت در مقابل دیگران و سازش فرد با درآمد خود و شناخت و موقعیت زمانی و مکانی و گنیزبرگ تسلط و مهارت و ارتباط در سه فضای مهم زندگی، عشق، کار و تفریح و رانک زندگی بدون ترس و گناه را سلامت روانی تعریف می‌نماید (۴). در دیدگاه روان‌شناسان مثبت‌نگر و کل‌نگر، سلامت روانی در برگیرنده توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی، ایجاد تعادل بین فعالیت‌های زندگی و کوشش برای رسیدن به بهبودپذیری روانی است (۵).

با توجه به مطالب فوق، گرچه متغیرهای روانی، هیجانی و اجتماعی نقشی مهم در سلامت کلی نوجوان ایفا می‌کنند، اما بی‌شک معنایی که نوجوانان برای خود در زندگی پیدا می‌کنند، یعنی نشاط معنوی نیز می‌تواند بر زندگی آن‌ها مؤثر باشد. معنویت یک نیروی قوی در مرکز زندگی انسان و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد وجودی انسان به‌شمار می‌رود که به سلامتی، احساس خوب داشتن و بهبودی پیوند خورده است. معنویت یک

پدیده جهانی و بشری است که کل وجود انسان را به یک وجود برتر متصل می‌کند و عامل ادامه زندگی و هدف‌دارشدن زندگی به‌شمار می‌رود (۶). در حقیقت نشاط و سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت می‌باشد که در کنار ابعاد دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است. حتی برخی عقیده دارند که بدون نشاط معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی‌توانند حداکثر عملکرد مورد نظر را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکان‌پذیر نیست. در یک تعریف جامع می‌توان گفت نشاط معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، اخلاق، حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی با دیگران که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی به‌وجود می‌آید (۷). در حقیقت نشاط معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است؛ و چشم‌انداز سلامت معنوی وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این‌که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند و سلامت مذهبی نیز به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود (۸).

از آنجایی که خانواده مرکز و هسته اصلی مراقبت‌هاست، مؤثرترین خدمات آنهایی هستند که بر نقش خانواده تأکید کنند و برای توانمندسازی خانواده‌ها بکوشند، زیرا رویکرد خانواده‌محور، برای کودکان، والدین، خانواده‌ها و ارائه دهندگان خدمات مؤثر است و باعث ارتقای خدمات درمانی و افزایش رضایت‌مندی خانواده‌ها از خدمات ارائه شده می‌شود. این در حالی است که عملکرد هر فرد در درون نظام خانواده مخصوصاً سرپرست که به‌عنوان یک مدل فکری - رفتاری برای ادامه، ایقا و تغییر رفتار سایر اعضای خانواده است بر بهزیستی روانی و اجتماعی فرزندان تأثیر می‌گذارد (۹)؛ بنابراین مداخله آموزشی خانواده‌محور به معنای ارائه اطلاعات به خانواده‌ها درباره مسایل مختلف و یا اختلالات روانی و روش‌های پیشگیری، مقابله و مواجهه با آن‌ها است. هدف اصلی در

مداخلات آموزشی خانواده‌محور ارتقاء نگرش و تغییر رفتار اعضای خانواده بویژه همسران است (۱۰). در سطح فردی، هدف این مداخلات ایجاد حالت‌های روان‌شناختی مثبت است. در سطح خانوادگی نیز هدف اصلی، افزایش سطح تحمل و نیز دانش چگونه مواجهه و پاس‌خدهی عقلانی و مبتنی بر روابط عاطفی بین همسران می‌باشد؛ بنابراین انتظار می‌رود مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور بتواند به واسطه آموزش مهارت‌های مورد نیاز در زمینه افزایش سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی از جمله مهارت‌های شناختی و رفتاری جهت مدیریت روابط، تصمیم‌گیری و حل مسئله، کنترل خشم و مدیریت استرس به افزایش رضامندی در زندگی منتهی شود (۱۱). مداخله‌های خانواده‌محور به‌عنوان درمانی مبتنی بر شواهد عملی برای کودکان و والدین با مشکلات متفاوت، در نظر گرفته شده است. در این نوع از مداخلات روان‌شناختی، روان‌شناس یا مشاور تلاش می‌نماید همه اعضای مؤثر خانواده را با هم‌اندیشی و همدلی، ایجاد نگرش مثبت و انگیزه غنی، مستقیم و غیرمستقیم، برای تحقق بخشیدن به اهداف برنامه تدوینی، با خود همراه نماید. هدف اصلی در مداخلات آموزشی خانواده‌محور، ارتقاء نگرش و تغییر رفتار اعضای خانواده است (۱۲).

علی‌رغم مطالب فوق اما در کشور ما آن‌چنان که شایسته است به ارزیابی کارآمدی برنامه مداخلات روان‌شناختی تک‌ریمی - معنوی خانواده‌محور پرداخته نشده و شمار پژوهش‌ها و بررسی‌های انجام شده در این زمینه محدود است. از جمله تحقیقات انجام شده در این زمینه شیمازو و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که ارتقای رضامندی زوجین با روش‌های خانواده‌محور، یکی از راهکارهایی است که زوجین می‌توانند با استفاده از آن احساسات و افکار و رفتار خود را مدیریت کرده و راه‌حل‌های مناسب‌تری برای مقابله با مشکلات‌شان برگزینند که این روند تأثیر مثبتی بر هیجانات فرزندان نیز دارد (۱۳). کاسیو و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند مداخله خانواده‌محور در مقایسه با مداخله‌های فردمحور که تنها بر افراد مشکل‌دار تمرکز دارند، به‌عنوان درمانی با مشارکت اعضای خانواده به شکل موثرتری می‌تواند

عملکرد اعضای خانواده را بهبود بخشد (۱۴). استانک و همکاران (۲۰۲۲) گزارش کرده‌اند که مداخله خانواده‌محور می‌تواند منجر به بهبود سلامت روان نوجوانان مبتلا به سرطان شود (۱۵). بوریون-بدس و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود دریافتند که مداخلات خانواده‌محور می‌تواند منجر به کاهش اختلال سلوک نوجوانان شود (۱۶). این در حالی بود که برودی و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردند که مداخله مبتنی بر خانواده می‌تواند سلامت روان نوجوانان سیاه‌پوست را بهبود بخشد (۱۷)؛ اما زینعلی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که برنامه مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور موجب ارتقای رضامندی زوجین و کاهش وابستگی به بازی‌های رایانه‌ای فرزندان نوجوان آنان می‌شود (۱۸). پوراکیران و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان دادند گروه درمانی معنوی، موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش شده است (۱۹). علاوه بر این عبدالهی و همکاران (۱۴۰۰) دریافتند که پیشگیری خانواده‌محور با نگاهی به آموزه‌های قرآنی از گرایش اطفال و نوجوانان به مصرف مواد مخدر و روان‌گردان پیشگیری می‌کند (۲۰).

با توجه به مطالب مطرح شده باید اشاره کرد که سلامت روان و نشاط معنوی نقشی پررنگ در عملکرد فردی و اجتماعی نوجوانان ایفا می‌کنند. بر این اساس بکارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد می‌تواند زمینه را برای تحول اجتماعی و هیجانی بهنجار نوجوان فراهم سازد. این در حالی است که باید توجه نمود، نوجوانان با ورود به دوره بزرگسالی می‌بایست نقش‌های شغلی و اجتماعی را بر عهده گیرند؛ بنابراین ضعف در مولفه‌های هیجانی مؤثر همچون سلامت روان و نشاط معنوی ضعیف می‌تواند آنان را با مشکلات فراوانی مواجه سازد؛ بنابراین با توجه به نقش پررنگ سلامت روان و نشاط معنوی در دوره نوجوانی و تأثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی، اجتماعی و شغلی آینده نوجوانان، ضروری است اقدامات مقتضی برای بهبود این مولفه صورت گیرد. این در حالی است که می‌بایست به خلا پژوهشی نیز پرداخت. چنان‌که از جام پژوهش‌هایی با زمینه خانواده‌محور در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و هیجانی نوجوانان در دوره پرمخاطره بلوغ به شکل عمده

بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند تحقیق و وقوع حادثه ناخواسته بود.

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹):

این پرسشنامه ۲۸ سوال دارد که ۱۴ سوال آن بهزیستی روان‌شناختی و ۱۴ سوال آن درماندگی روان‌شناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره صفر (کاملاً مخالفم) تا نمره ۴ (کاملاً موافقم) می‌سنجد. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۱۲ است. کسب نمرات پایین‌تر از ۶۵ نشان دهنده وجود آسیب در فرآیند سلامت روانی فرد است. سوادکوهی (۱۳۹۷) پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی و نمره کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۶ و ۰/۷۹ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد (۴).

مقیاس نشاط معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲):

این پرسشنامه ۲۰ سوال دارد که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه نشاط معنوی و وجودی بالاتر است. نمره نشاط معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه‌ی آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد. در سؤالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است. کسب نمرات کمتر از ۷۰ نشان دهنده عدم برخورداری فرد از نشاط معنوی است. سیدفاطمی و همکاران (۱۳۸۵)، روایی پرسشنامه‌ی نشاط معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن از طریق ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید (۲۱).

نهایتاً از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع

مورد غفلت قرار گرفته است. حال با توجه به خلا پژوهشی (عدم انجام پژوهشی مشابه) و نظر به کارایی مداخلات خانواده‌محور مساله اصلی پژوهش حاضر ارزیابی اثربخشی مداخله روان‌شناختی تکریمی - معنوی خانواده‌محور بر سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان در دوره بلوغ است.

روش کار

برای انجام تحقیق نیمه‌آزمایشی حاضر که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه انجام شد از بین نوجوانان دوره بلوغ پسر (۱۳ تا ۱۵ ساله) حاضر در مدارس متوسطه اول منطقه ۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ که نمره کمتر از ۶۵ در پرسشنامه سلامت روان و کمتر از ۷۰ در پرسشنامه نشاط معنوی کسب نمودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نوجوان انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و ۱۵ نفر و گروه گواه ۱۵ نفر تقسیم شدند. سپس والدین نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخله روان‌شناختی تکریمی - معنوی خانواده‌محور را طی سه و نیم ماه در ۱۴ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند (جدول شماره ۱). این در حالی بود که والدین نوجوانان حاضر در گروه گواه از دریافت این مداخله در طول فرآیند اجرایی پژوهش محروم بودند. لازم به ذکر است که در ابتدای پژوهش تعداد ۴ نفر از والدین از حضور در پژوهش امتناع نمودند که با والدین دیگر جایگزین شدند؛ اما پس از شروع مداخله، ۲ والد در گروه آزمایش و ۳ والد در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر اساس انصراف این والدین، تعداد نهایی نمونه حاضر در پژوهش ۲۵ نوجوان بود (۱۳) نوجوان در گروه آزمایش و ۱۲ نوجوان در گروه گواه. همچنین معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص ضعف در سلامت روان و نشاط معنوی نوجوان قبل از ورود به مطالعه، نداشتن بیماری جدی جسمی و روانی نوجوان و والد، عدم شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی در طی شش ماه اخیر و تمایل آگاهانه در جهت حضور در پژوهش. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل داشتن

جدول ۱- خلاصه جلسات مداخله روان‌شناختی تک‌ریمی - معنوی خانواده‌محور

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف خانگی
اول	آشنایی با افراد، جلب مشارکت والدین و توجیه شرکت‌کنندگان در دوره	آشنایی و معارفه، هدف‌گذاری گروهی، صحبت درباره ضرورت آموزش و توافق بر روی قوانین و هنجارهای گروه.	-
دوم	آشنایی والدین درباره ضرورت همکاری و مشارکت آنان، آگاهی درباره مفهوم خانواده و رضایتمندی از زندگی و راه‌های افزایش آن	آشنایی با مفهوم خانواده، ویژگی‌های خانواده سالم، جاذبه‌ها و دافعه‌های افراد، تمرین از طریق بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی.	تهیه فهرست چیزهایی که افراد خانواده را خوشحال می‌کند.
سوم	آشنا ساختن خانواده‌ها با مفهوم خانواده و نقش کلیدی آن در آینده فرزندان، ایجاد دانش درباره اختلال‌های عاطفی و مشکلات هیجانی و انتقال این دانش به نوجوانان	مرور تکالیف جلسه قبل، تشریح اختلال‌های و مشکلات هیجانی و رابطه این اختلال‌ها با تعاملات درون خانوادگی، توضیح درباره نشاط معنوی و چگونگی آن در بستر خانواده، تمرین از طریق بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	اصلاح و تکمیل فهرست خوشحال‌کننده‌های افراد و چگونگی افزایش نشاط معنوی در خانواده
چهارم	آشنا ساختن والدین با توصیه‌های تک‌ریمی معنوی مکانب الهی و بشری در رشد و ارتقاء انسان‌ها، دستیابی به آرامش، نشاط معنوی و کاهش هیجانات منفی، ایجاد دانش درباره نشاط معنوی و سلامت روان و بهبود رفتارها	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با هیجانات و نشاط، آموزش مهارت ارتباط مؤثر، انجام تمرین از طریق بارش فکری، نمایش فیلم، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	نوشتن دو موقعیتی که در آن به صورت ناخواسته به حرف‌های اعضای خانواده گوش ندادند. نوشتن موقعیتی که در آن با اعضای خانواده دچار تعارض شده یا گفت و گوی خصمانگی انجام داده‌اند.
پنجم	آشنا ساختن والدین با دوره حساس زندگی انسان‌ها "دوره نوجوانی" و اهمیت خاص آن در زندگی، ایجاد دانش در زمینه راه‌های ارتباط سالم و رفتار مخرب رابطه و رفتار جایگزین در ارتباط با نوجوانان و تغییر نگرش بر اساس آموخته‌ها	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت گوش دادن فعال، موانع گوش دادن و ارتباط مؤثر، کنترل بیرونی و رفتارهای جایگزین، آشنایی با اصول ارتباط سالم، انجام تمرین از طریق بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	نوشتن یک یا دو موقعیت که در آن توانستند با غلبه بر موانع ارتباط مؤثر، رابطه‌ای قابل قبول برقرار کنند که منجر به تولید احساس مثبت در خودشان و طرف مقابل شان شود.
ششم	آشنا ساختن والدین با "دوره نوجوانی"، تغییرات هورمونی، بروز صفات ثانویه جنسی و معضلات آن ایجاد دانش درباره گروه خانواده و نقش و وظیفه هر یک از اعضای گروه و یادگیری (هنر نه گفتن) و سلامت روان	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش خانواده محور و معنویت، انواع حمایت، فواید روابط بین فردی، اجزا و عناصر روابط بین فردی، ویژگی‌های گروه، عوامل دوری و راهکارهای تنظیم هیجان، فرهنگ گفتاری در رفتار نشاط معنوی، انجام تمرین از طریق ایفای نقش، بحث گروهی، سؤال کردن، نمایش فیلم، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	نوشتن یک یا دو موقعیت ناراحت‌کننده و اینکه بنویسند، او چه گفت، خودشان چه گفتند، آیا طور دیگری هم می‌توانستند بگویند و رفتار کنند؟
هفتم	آشنا ساختن والدین در مورد اینکه در فکر و ذهن نوجوان چه می‌گذرد؟ شناخت نیازها و خواسته‌های نوجوان، ایجاد دانش درباره خطاهای شناختی و تنظیم هیجانات، رفتار و نحوه دیدن افکار از بیرون و ارزیابی رفتارهای خود و دیگران	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم شناختی و تنظیم هیجانات و انواع خطاهای شناختی و اصلاح خطاهای شناختی، انجام تمرین از طریق بارش فکری، بحث گروهی، سؤال کردن، نمایش فیلم، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	یادداشت کردن افکار برای به چالش کشیدن خطاهای ذهنی خود
هشتم	آشنایی با توانمندی‌ها، مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم و چگونگی تشکیل خودآگاهی خود در رابطه با دیگران، مفهوم تنظیم هیجان و نشاط معنوی، شناخت احساسات و نحوه برخورد صحیح با آن‌ها، بحث گروهی، نمایش فیلم، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	پاسخ دادن به سؤالات درباره خود سلامت روان و نوشتن موقعیت‌هایی که در آن با افراد در ارتباط هستند.	
نهم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش خانواده‌محور، ماهیت، انواع نشانه‌ها و روش‌های مقابله با هیجان‌های منفی (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار)، انجام تمرین از طریق بحث گروهی، سؤال کردن، نمایش فیلم کوتاه، آرام‌سازی روانی، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	نوشتن آنچه باعث سلامت روان آنان شده و موقعیت‌هایی که در آن دچار مشکلات روان شده‌اند.	

متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، برای بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها از آزمون موجلی همچنین برای آزمون فرضیه تحقیق از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد.

آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار گرفت. بر این اساس، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که فرض توزیع نرمال نمونه داده‌ها در متغیرهای سلامت روان ($F = 0/20$; $P = 0/12$) و نشاط معنوی ($F = 0/17$; $P = 0/17$) برقرار است. همچنین فرض همگنی واریانس با آزمون لوین اندازه‌گیری شد که نتایج آن معنی‌دار نبود که این یافته نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر سلامت روان ($F = 0/23$; $P = 0/23$) و نشاط معنوی ($F = 0/42$; $P = 0/56$) رعایت

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش به صورت جدول ۲ ارائه گردید.

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، مفروضات

جدول ۱- ادامه

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف خانگی
دهم	شناخت موانع ارتباطی و راه‌های رفع آن، توانایی حل مسئله خانواده‌محور سازگارانه در موقعیت‌های زندگی و خانوادگی	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش خانواده‌محور سازگارانه، انواع مشکلات، گام‌های خانواده، آشنایی با تکنیک‌های بارش فکری، انتخاب بهترین راه حل، راه‌های ارزیابی اجرای راه حل، انجام تمرین از طریق بحث گروهی و نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	نوشتن یک مشکل و ارائه راه‌حل‌های آن و ارزیابی فواید و ضررهای هر یک از راه‌حل‌ها
یازدهم	ارائه شیوه‌های غنی‌سازی روابط عاطفی، زوجین و تلطیف فضای خانه و خانواده، توانایی تصمیم‌گیری منطقی خانواده‌محور در شرایط مختلف به جای تصمیم‌گیری‌های احساسی و آنی	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت تصمیم‌گیری خانواده‌محور، عوامل شخصی مؤثر در تصمیم‌گیری، روش‌های معمول در تصمیم‌گیری خانواده‌محور (احساسی، آنی، واگذاری تصمیم‌گیری به دیگران، پشت گوش انداختن و تصمیم‌گیری منطقی) انجام تمرین از طریق گروه‌های کوچک، سؤال کردن، بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	نوشتن یک تصمیم به همراه دلایل خود و آموزش خانواده‌محور و معنویت
دوازدهم	بازخوردها بر اساس آموزه‌های دوره توسط شرکت‌کنندگان، جلسه پرسش و پاسخ و ارائه راهکارهای تکمیلی ارزیابی آموزش خانواده‌محور و استفاده از تکنیک‌های صحیح تربیتی ارزیابی برنامه و رفع اشکالات احتمالی، تمرین برخورد صحیح با نوجوانان و مهارت یافتن در برقراری ارتباط سالم و مؤثر با آن‌ها	مرور تکالیف جلسه قبل، تشریح مفهوم خانواده محور و آموزش رفتار جدید، آموزش مدیریت رفتار نامطلوب، سؤال کردن، نمایش فیلم و جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	شرح رفتار نامطلوب نوجوان و روش برخورد او و نتیجه حاصل شده
سیزدهم	ارزیابی برنامه و رفع اشکالات احتمالی، تمرین برخورد صحیح با نوجوانان و مهارت یافتن در برقراری ارتباط سالم و مؤثر با آن‌ها	مرور تکالیف جلسه قبل، نوجوانی و تغییرات مهم دوران نوجوانی (جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی) و نحوه برقراری ارتباط بهتر با نوجوانان، اختصاص زمان کیفی به نوجوان و همدلی با او، انجام تمرین از طریق بحث گروهی، نمایش فیلم کوتاه، جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات و دادن تکلیف خانگی	نوشتن موقعیتی که در آن با فرزند نوجوان خود مشورت کرده‌اند و نتایج آن
چهاردهم	گرفتن بازخورد از دوره و ترغیب شرکت‌کنندگان به ادامه تمرین‌ها در طول زندگی	جمع‌بندی مطالب مطرح شده در دوره، تشکر و قدردانی از حضور مستمر در این دوره، اجرای پس‌آزمون و اهدای گواهینامه آموزشی طی دوره به شرکت‌کنندگان و دادن هدیه فرهنگی	-

نوع درمان و عامل زمان هم بر نمرات سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ معنادار است ($p < 0/01$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی در مراحل مختلف ارزیابی هم بر سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ به میزان ۵۶ و ۵۱ درصد تأثیر معنادار داشته است. توان آماری هم حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای سلامت روان و نشاط معنوی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که مداخله روان‌شناختی تکریمی- معنوی خانواده‌محور توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر جدول شماره ۴ نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله

شده است. از سوی دیگر، نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته (سلامت روان و نشاط معنوی) معنی دار نبود ($p > 0/05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای سلامت روان ($P = 32$)؛ $Mauchlys W = 0/90$) و نشاط معنوی ($P = 17$)؛ $Mauchlys W = 0/88$) رعایت شده است.

با توجه به جدول ۳ تأثیر عامل عضویت گروهی (مداخله روان‌شناختی تکریمی- معنوی خانواده‌محور) بر نمرات سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ معنادار است ($p < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی (مداخله روان‌شناختی تکریمی- معنوی خانواده‌محور) به ترتیب ۴۴ و ۴۲ درصد از تفاوت در نمرات سلامت روان و نشاط معنوی را تبیین می‌کند. همچنین نتایج بیان‌گر آن است که اثر متقابل

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سلامت روان	گروه آزمایش	۶۱/۹۲	۶/۶۴	۶۹/۸۴	۷/۷۴	۷/۱۱
	گروه گواه	۶۱/۲۵	۵/۵۱	۶۰/۴۱	۶/۶۴	۶۰/۵۸
	گروه آزمایش	۶۶/۶۱	۵/۷۶	۷۵	۶/۸۷	۷۳/۷۷
نشاط معنوی	گروه گواه	۶۵/۰۸	۷/۰۲	۶۴/۵۰	۷/۰۵	۶۴/۸۳

جدول ۳- تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین‌گروهی برای متغیرهای سلامت روان و نشاط معنوی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
سلامت روان	مراحل	۱۷۹/۳۵	۲	۸۹/۶۷	۱۹/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵
	گروه‌بندی	۷۳۹/۷۷	۱	۷۳۹/۷۷	۱۸/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲۷۲/۴۷	۲	۱۳۶/۲۳	۲۹/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
نشاط معنوی	خطا	۲۱۵/۰۷	۴۶	۴/۶۷			
	مراحل	۲۲۷/۴۰	۲	۱۱۳/۷۰	۱۹/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸
	گروه‌بندی	۵۰۴/۶۹	۱	۵۰۴/۶۹	۱۶/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲۸۶/۳۹	۲	۱۴۳/۱۹	۲۴/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
خطا	۲۷۰/۳۰	۴۶	۵/۸۷				

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره سلامت روان و نشاط معنوی در مراحل سه‌گانه

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
سلامت روان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۵۴	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۹۳	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۵۴	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱
نشاط معنوی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۶۱	۰/۲۱	۰/۱۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۹۰	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۳/۴۵	۰/۷۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۹۰	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۵	۰/۲۴	۰/۲۲

خود را حفظ نموده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان‌شناختی تک‌ریمی - معنوی خانواده‌محور بر سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ انجام گرفت. نتایج نشان داد که نشان مداخله روان‌شناختی تک‌ریمی - معنوی خانواده‌محور بر سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ تأثیر معنادار داشته و توانسته منجر به بهبود سلامت روان و نشاط معنوی

پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ که در مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان نمود مداخله روان‌شناختی تک‌ریمی - معنوی خانواده‌محور توانسته منجر به تغییر معنادار میانگین نمرات سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ در مرحله پس‌آزمون شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثبات

و شناختی دوره نوجوانی آشنا شده و راه‌های برقراری ارتباط سالم با نوجوانان را بیاموزند. چنین روندی باعث شد تا والدین بتوانند روابط روانی و هیجانی بهنجاری را با فرزند خود برقرار نموده و از این طریق از بروز چالش‌های فی مابین پیشگیری نمایند. بر اساس چنین روندی از میزان آشفتگی روانی و هیجانی نوجوانان کاسته شده و سلامت روان بهتری را از خود نشان دهند. علاوه بر این در جلسات آموزشی برگزار شده والدین با توصیه‌های تکریمی_معنوی مکاتب الهی و بشری در رشد و ارتقاء انسان‌ها، دستیابی به آرامش، نشاط معنوی و کاهش هیجانات منفی، ایجاد دانش درباره نشاط معنوی و سلامت روان و بهبود رفتارها آشنا شدند. این روند باعث شد تا والدین بتوانند با تقویت مفاهیم معنوی در وجود خود و ارزش قائل شدن به جایگاه مستقل فرزند نوجوان خود، تلاش نمایند تا نوجوان را به‌عنوان فردی بالغ، توانمند و مستقل ادراک نمایند. چنین فرایندی بهبود روابط عاطفی و هیجانی والدین با فرزندان نوجوان را در پی داشته و باعث شد تا از میزان مشکلات ارتباطی والدین با نوجوانان کاسته شده و بدین سان فرزندان آنان سلامت روان بالاتری را ادراک نمایند. یافته دوم نشان داد که مداخله روان‌شناختی تکریمی-معنوی خانواده‌محور بر نشاط معنوی نوجوانان پسر در دوره بلوغ تأثیر داشته است. یافته حاضر با نتایج پژوهش کاسیو و همکاران (۲۰۱۲) همسو بود. چنانکه این پژوهشگران نشان دادند مداخله خانواده‌محور در مقایسه با مداخله‌های فردمحور به شکل موثرتری می‌تواند عملکرد ارتباطی، روانی و اجتماعی اعضای خانواده را بهبود بخشد (۱۴). استانک و همکاران (۲۰۲۲) نیز گزارش کرده‌اند مداخله خانواده‌محور می‌تواند منجر به بهبود سلامت روان نوجوانان مبتلا به سرطان شود (۱۵). همچنین عسگری و صفرزاده (۱۳۹۳) آموزش خانواده‌محور را بر تنظیم هیجان نوجوانان مؤثر دانسته‌اند (۲۳). نتایج پژوهش روایی و همکاران (۱۳۹۵) و عبدالهی و همکاران (۱۴۰۰) نیز موید آن است که آموزش مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور مبتنی بر مفاهیم اسلام می‌تواند منجر به افزایش رضایت زناشویی زوجین شده و از این طریق سلامت روانی اعضای خانواده نیز بهبود یافته و از گرایش

این نوجوانان شود. یافته اول نشان داد که مداخله روان‌شناختی تکریمی-معنوی خانواده‌محور بر سلامت روان نوجوانان پسر در دوره بلوغ تأثیر داشته است. یافته حاضر با نتایج پژوهش شیمازو و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود (۱۲). این پژوهشگران نشان دادند که استفاده از روش‌های خانواده‌محور می‌تواند تأثیر مثبتی بر هیجانات فرزندان داشته باشد. همچنین بوریون-بدس و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود دریافتند که مداخلات خانواده‌محور می‌تواند منجر به کاهش اختلال سلوک نوجوانان شود (۱۶). این در حالی بود که برودی و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردند که مداخله مبتنی بر خانواده می‌تواند سلامت روان نوجوانان سیاه‌پوست را بهبود بخشد (۱۷). از طرفی زینعلی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که برنامه مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور موجب ارتقای رضامندی زوجین و کاهش وابستگی به بازی‌های رایانه‌ای فرزندان نوجوان آنان می‌شود (۱۸). پوراکیران و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان دادند گروه درمانی معنوی، موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان افراد می‌شود (۱۹). همچنین عباس‌پور و همکاران (۱۳۹۴) گزارش کرده‌اند که آموزش بین‌فردی خانواده‌محور بر علایم افسردگی و سلامت روان نوجوانان مؤثر است (۲۲). علاوه بر این عبدالهی و همکاران (۱۴۰۰) دریافتند که پیشگیری خانواده‌محور با نگاهی به آموزه‌های قرآنی از گرایش اطفال و نوجوانان به مصرف مواد مخدر و روان‌گردان پیشگیری می‌کند (۲۰). در نهایت محمودزاده و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که آموزش‌های مبتنی بر خانواده منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی و هیجانی فرزندان می‌شود (۱۲).

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور موجب بهتر شدن مدیریت هیجانات و احساسات می‌شود (۱۹). بر این اساس مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور با بهبود مهارت و مدیریت هیجانات، شناخت‌ها و پردازش شناختی سبب می‌شود تا نوجوانان سلامت روان بهتری را از خود به نمایش گذارند. علاوه بر این در خلال جلسات آموزش مداخله روان‌شناختی تکریمی-معنوی خانواده‌محور به والدین آموزش داده شد تا با ویژگی‌های روانی، هیجانی

مولفه‌های مرتبط با سلامت، همچون نشاط و سلامت معنوی نمرات بالاتری را کسب نمایند.

محدود بودن دامنه تحقیق به نوجوانان دوره بلوغ (۱۳ تا ۱۵ سال) منطقه ۵ شهر تهران، وجود برخی متغیرهای کنترل نشده همانند عمل نمرات پایین سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان، نقش والدین در بروز آن، کیفیت رابطه والدین با یکدیگر و شرایط اجتماعی و تحصیلی آنان و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود که ممکن است بر نتایج تحقیق تأثیر داشته باشند. با این حال امید است نتایج این تحقیق دیدگاه روشنی در زمینه تأثیر نوع مداخله بر متغیرهای تحقیق در اختیار متخصصین و محققین قرار داده باشد تا بدین وسیله به بهترین نحو ممکن برنامه‌ریزی کنند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود تا مداخله روان‌شناختی تک‌ریمی - معنوی خانواده‌محور به‌عنوان روش‌های کارآمد در جلسات مشاوره برای والدین نوجوانان واقع در دوره بلوغ اجرا شود تا بتوان از میزان آسیب‌های هیجانی آنان کاست تا بدین طریق عملکرد روانی، اجتماعی و تحصیلی بیشتری را در نوجوانان مشاهده نمود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج می‌توان نتیجه گرفت که مداخله روان‌شناختی تک‌ریمی - معنوی خانواده‌محور می‌تواند به‌عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود سلامت روان و نشاط معنوی نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد.

References

1. Asghari M, Abdulahi M, Shah Qalian M. The role of impulsivity, executive functions and background awareness in the occurrence of high-risk behaviors in young people. *Psychol Stud*. 2021;17(3):137-156.
2. Lyu FF, Ramoo V, Wang YX. Career maturity, psychological resilience, and professional self-concept of nursing students in China: A nationwide cross-sectional study. *J of Prof Nurs*. 2022.42:58-66.
3. Kim Y, Hagquist C. Mental health problems among economically disadvantaged adolescents in an increasingly unequal society: A Swedish study using repeated cross-sectional data from 1995 to 2011.

نوجوانان به مصرف مواد مخدر و روان‌گردان پیشگیری کند (۲۴، ۲۰). در نهایت ترابی و همکاران (۱۳۹۹) و سادات چاوشی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که آموزش‌های مبتنی بر خانواده منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی و هیجانی فرزندان می‌شود (۲۵، ۱۱).

در تبیین یافته حاضر می‌بایست به مفاهیم آموزش داده شده در خلال جلسات پرداخت. در ابتدا باید ذکر نمود آموزش‌های مبتنی بر خانواده قادر است با ترویج فرهنگ همفکری و مذاکره ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر را تقویت نموده و از این طریق به بهبود سلامت روانی، هیجانی و شناختی افراد حاضر در خانواده یاری رساند (۲۵). این روند نیز می‌تواند زمینه را برای بهبود پردازش شناختی و هیجانی فرزندان مهیا نموده و از این طریق نشاط ذهنی و معنوی در نزد آنان افزایش می‌یابد. علاوه بر این در خلال جلسات به والدین آموزش داده شد تا روش‌های ارتباطی مؤثر و کارآمد با نوجوان را آموخته و نسبت به موقعیت‌های تنش‌زا و شرایط خشمگین شدن و توانایی مدیریت خود با هدف ارتقای سلامت جسمی و روانی خود آشنا شوند؛ بنابراین والدین توانستند در موقعیت‌های چالش‌برانگیز ارتباطی با نوجوان، خشم و پرخاشگری خود را به نحو مطلوبی مدیریت نموده و از بروز آسیب‌های ارتباطی و هیجان‌های منفی متعاقب آن در نزد نوجوان پیشگیری نمایند. علاوه بر این والدین در خلال جلسات موانع ارتباطی و راه‌های رفع آن، توانایی حل مسئله خانواده‌محور سازگاران در موقعیت‌های زندگی و خانوادگی، شیوه‌های غنی‌سازی روابط عاطفی با اعضا و تلطیف فضای خانه و خانواده، توانایی تصمیم‌گیری منطقی خانواده‌محور در شرایط مختلف به جای تصمیم‌گیری‌های احساسی و آنی و مدیریت رفتار نامطلوب را آموزش دیدند. بر این اساس والدین توانستند در زمان بروز مشکلات با مشارکت اعضای خانواده و بکارگیری روش‌های تصمیم‌گیری بهنجار به جای تصمیم‌های آنی و هیجانی، نسبت به حل مشکلات و آسیب‌ها به شکل سازگاران اقدام نمایند. چنین روندی باعث شد تا هیجان‌های مثبت و نگرش بهنجار نوجوانان نسبت به خود و والدین افزایش یافته و از این طریق از آنان در

- Population Health. 2018.6:44-53.
4. Sovadkahi S. Prediction of mental health based on optimism, hope and happiness in Isfahan secondary school students, master's thesis, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan). 2018.
 5. Idstad M, Roysamb E, Tambs K. The effect of change in mental disorder status on change in spousal mental health: The HUNT study. *Social Sci & Med*. 2011.73(9): 1408-1415.
 6. Joybari L, Nomli M, Sanago A, Taqvi Kish B. Investigating the spiritual vitality of students in Golestan University of Medical Sciences. *Religion and Health*. 2014. 3(1):19-31.
 7. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, Thapar AK, Thapar A. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J of Affective Dis*. 2019. 243:175-181.
 8. Mahdian Z, Vakili S, Gholamali Lavasani, M. Developing a group problem solving educational program with an art approach and evaluating its effectiveness on social attitude and spiritual vitality in gifted teenagers. *Empowering Exceptional Child*. 2018. 10(4):103-119.
 9. Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Kopani Z. The effectiveness of Barclay's parent training on reducing the symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children. *J of Sch Psycho*. 2017. 4(4): 82-103.
 10. Richard PS, Hardman RK, Berrett ME. *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington: American Psychological Association. 2017.
 11. Sadat Chavoshi M, Yazdi S, Hosseinian S. The effectiveness of education based on the native model of happiness-oriented family on family performance. *Women and Family Studies*. 2018. 7(1):s97-115.
 12. Mahmoudzadeh A, Yousefi Z, Gol Parvar M. Designing a model of family stability based on Islamic teachings. *Islamic Journal of Women and Family*. 2018. 7(17):33-74.
 13. Shimazu A, Demerouti E, Bakker AB, Shimada K, Kawakami N. Workaholism and well-being among Japanese dual-earner couples: A spillover-crossover perspective. *Social Sci Med*. 2011. 73(3): 399-409.
 14. Curcio AL, Mak AS, George AM. Do adolescent delinquency and problem drinking share psychosocial risk factors? A literature review. *Addictive Behaviors*. 2012. 38(4):2003-2013.
 15. Stanek C, Theroux CI, Olsavsky AL, Hill KN, Rausch JR, O'Brien SH, Quinn GP, Gerhardt CA, Nahata L. Study protocol for fertility preservation discussions and decisions: A family-centered psychoeducational intervention for male adolescents and emerging adults newly diagnosed with cancer and their families. *Plos One*. 2022. 16:141-146.
 16. Bourion-Bédès S, Bisch M, Baumann C. Factors associated with family involvement in a family-centered care program among incarcerated French adolescents with conduct disorder. *Inter J of Prisoner Health*. 2022. 15: 421-425.
 17. Brody GH, Yu T, Chen E. Family-Centered Prevention Effects on the Association Between Racial Discrimination and Mental Health in Black Adolescents. *JAMA Netw Open*. 2021 4(3): 2119-2122.
 18. Zainali N, Afrooz G, Gholamali Lavasani M, Qasimzadeh S. The effectiveness of the family-oriented psychological program on the marital satisfaction of working parents and the dependence of their teenage children on computer games. *Contemporary Psychology Quarterly*. 2016. 12(2): 100-113.
 19. Porakbaran A, Mohammadi Qaragozlu R, Mousavi SM. Investigating the effectiveness of group spirituality therapy on increasing resilience in women with breast cancer. *Journal of the Faculty of Medicine of Mashhad University of Medical Sciences*. 2018. 62(1):1393-1402.
 20. Abdolahi S, Darabi S, Chegani M. Family-oriented prevention of children and adolescents' tendency to use drugs and psychotropic substances with a look at Quranic teachings. *Islamic Insight and Education*. 2021. 18(57): 151-171.
 21. Sydfatemi N, Rezaei M, Gyori A, Hosseini F. The effect of prayer on the spiritual health of cancer patients. *Monitoring*. 2016. 5(4):295-304.
 22. Abbaspour Z, Poursardar F, Karaei A, Khosravani Shayan M. The effectiveness of family-oriented interpersonal psychotherapy on adolescent depression symptoms. *Family Psychology*. 2014.2(2): 67-78.
 23. Asgari P, Safarzadeh S. The relationship between emotional regulation and religious beliefs with conflict resolution strategies with parents in college students. *Psychology and Religion*. 2013.7(1): 11-23.
 24. Ravai F, Afrooz G, Hosseinian S, Khodayarifard M, Farzad V. The effectiveness of the family-oriented psychological program based on the Iranian Islamic model on marital satisfaction. *Family Psychology*. 2015. 3(1):17-30.
 25. Torabi A, Afrooz G, Hosni F, Golshani F. Designing a family-oriented behavioral management program and its effectiveness on the level of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Mental Health*. 2019. 7(1):257-269.