

مقایسه اثربخشی معنادرمانی اسلامی و خانواده درمانی سیستمی بر تکانشگری و سلامت روان نوجوانان دارای افکار خودکشی

بهنام برزگر^۱، مریم موحدی^۲، اله نظر علی صوفی^۳، مهسا هادیان^۴، عصمت سوادی^۵، نرگس میرانی سرگزی^۶

چکیده

سابقه و هدف: افزایش رفتارهای پرخطر و آسیب‌های روانی در میان نوجوانان، ضرورت بررسی مداخلاتی مبتنی بر بافت خانوادگی و منابع معنوی را ایجاب می‌کند تا راهکارهای مؤثرتر و متناسب‌تری برای پیشگیری و بهبود ارائه شود؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی و معنادرمانی اسلامی بر تکانشگری و سلامت روان نوجوانان دارای افکار خودکشی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان دارای افکار خودکشی شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. از میان آن‌ها، ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه تکانشگری بارت و همکاران استفاده شد. گروه مداخله اول، جلسات معنادرمانی اسلامی و گروه مداخله دوم، خانواده‌درمانی سیستمی را در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، تحلیل واریانس و آزمون تی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین گروه مداخله معنادرمانی اسلامی، گروه مداخله خانواده‌درمانی سیستمی و گروه کنترل در پس‌آزمون متغیر تکانشگری ($F=41/2$ ، $P<0.001$) و سلامت روان ($F=43/65$ ، $P<0.001$) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، معنادرمانی اسلامی در بهبود سلامت روان با تفاوت میانگین (۲/۸) نسبت به خانواده‌درمانی سیستمی با تفاوت میانگین (۳/۶) اثربخشی بیشتری داشت، درحالی‌که خانواده‌درمانی سیستمی در کاهش تکانشگری با تفاوت میانگین (۲/۱۵) نسبت به معنادرمانی اسلامی با تفاوت میانگین (۶/۱۲) مؤثرتر بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد به کارگیری مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر معنا و خانواده می‌تواند به‌طور مؤثری تکانشگری و سلامت روان نوجوانان را بهبود بخشد. رویکردهای معنوی نقش برجسته‌تری در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی دارند، درحالی‌که مداخلات خانواده‌محور در کنترل رفتارهای تکانشی کارآمدتر هستند. این نتایج بر ضرورت انتخاب مداخله متناسب با نوع مشکل و نیازهای روان‌شناختی نوجوانان دارای افکار خودکشی تأکید می‌کند.

کلمات کلیدی: افکار خودکشی نوجوانان، تکانشگری، خانواده درمانی سیستمی، سلامت روان، معنادرمانی اسلامی.

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان ایران.

۲. گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه طلوع مهر، قم، ایران.

۳. گروه آموزش روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

۴. گروه مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۵. نویسنده مسئول، گروه معارف اسلامی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران. savadi.e@wtiau.ac.ir

۶. گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

مقدمه

خودکشی دومین علت شایع مرگ‌ومیر در بین نوجوانان و جوانان و یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر نوجوانان در سراسر جهان است (۱). میزان خودکشی در بین جوانان در دو دهه گذشته به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است (۲). عوامل خطر مرگ ناشی از خودکشی شامل طیفی از افکار و رفتارهای خودکشی (STB: Suicidal thoughts and behaviors) و همچنین خودآزاری غیر خودکشی (NSSI: Non-suicidal self-harm) است (۳). شیوع افکار و رفتارهای خودکشی و سایر رفتارهایی که خطر خودکشی را افزایش می‌دهند، درک فرآیندهای عصبی-رشدی که زمینه‌ساز این افزایش خطر خودکشی در نوجوانان هستند، برای هدایت تلاش‌های پیشگیری و مداخله بسیار مهم است (۴). افکار خودکشی به برنامه‌های فرد برای گرفتن یا پایان دادن به زندگی‌اش گفته می‌شود (۵). میلر و همکاران (۶) فکر یا ایده خودکشی را به‌عنوان فکر در مورد مرگ، مردن، برنامه‌ریزی برای خودکشی یا تمایل به مرگ تعریف می‌کنند. علاوه بر این، افکار خودکشی می‌تواند نشانه‌ای از استرس گذرا و همچنین نشانه‌ای از این باشد که کسی در حال برنامه‌ریزی برای اقدام به خودکشی است. کرخوف، (۷) افکار خودکشی را هرگونه عمل و بی‌عملی عمدی می‌داند که با هدف پایان دادن به زندگی فرد به‌منظور فرار از رنج غیرقابل تحمل یا کمک به تغییر شرایط نامطلوب زندگی انجام می‌شود. افکار خودکشی در میان جوانان یکی از مسائل اصلی است که باید از طریق اقدامات مشاوره‌ای به آن پرداخته شود؛ بنابراین، تعیین علل افکار خودکشی و روش‌های مشاوره‌ای برای کاهش این تهدید در میان جوانان مهم است (۵).

خودکشی اغلب در زمینه رنج عاطفی غیرقابل تحمل یا درد روانی رخ می‌دهد که شنایدمن آن را روان‌درد (Psychopathy) می‌نامد (۸) تحقیقات نشان داده است که احساسات منفی مثلاً افسردگی، خشم و درد عاطفی محرک‌های

اصلی اقدام به خودکشی هستند (۴). شواهد نشان می‌دهد که برای رسیدگی به شیوع قابل توجه مشکلات سلامت روان در بین نوجوانان، باید اقدامات مختلفی انجام شود. حفظ سلامت روان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا به‌طور قابل توجهی بر وضعیت روانی نوجوانان تأثیر می‌گذارد. حفظ سبک زندگی سالم توسط یک نوجوان احتمالاً خطر ابتلا به افکار خودکشی را کاهش می‌دهد (۹). از طرفی پژوهش رودوین و همکاران (۱۰) نشان داد که آسیب‌ها و ناملایمات‌های دوران کودکی نقش مؤثری بر افکار خودکشی و در مقابل، سلامت روان دارد. از طرفی نتایج سایر پژوهش‌ها (۱۱) نشان‌دهنده این است که بدرفتاری در دوران کودکی و اختلالات سلامت روان در رفتار خودکشی در نوجوانان اثر دارد.

نوجوانی با تغییرات عمیق، چه از نظر جسمی و چه از نظر روانی، مشخص می‌شود. به همین ترتیب، این مرحله از رشد، یک بازه زمانی حیاتی برای سلامت روان است (۱۲). بدون شک، عوامل متعددی در روندهای مشاهده‌شده در سطح جمعیت در کاهش سلامت روان نوجوانان نقش دارند که رسانه‌های اجتماعی یکی از مهمترین عوامل است (۱۳). تحقیقات انجام‌شده (۱۴) افزایش شیوع مشکلات سلامت روان در بین کودکان و نوجوانان را تأیید می‌کند (۱۴)؛ بنابراین، کاهش سلامت روان نوجوانان یک مسئله مبرم است که یک رویکرد چندوجهی و حساس به شرایط که این تغییرات را در نظر بگیرد، برای مداخله و پیشگیری مؤثر ضروری است (۱۵).

از طرفی پژوهش زارع رشنودی و همکاران (۱۶) نشان داد که افکار خودکشی و تکانشگری از عوامل خطر مهم برای خودکشی هستند که یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در میان نوجوانان است. همچنین تکانشگری نوجوانان یک نگرانی قابل توجه در سلامت عمومی است که بر روابط بین فردی، سلامت روان و عملکرد تحصیلی تأثیر می‌گذارد (۱۷). تکانشگری یک سازه گسترده است که کاربردهای متعددی دارد. تعاریف آن شامل

واژه «حیات» است که با دیگر میدان‌های معناشناختی این واژه ارتباط معنادار برقرار می‌کند. در تبیین ضرورت اهمیت معنای زندگی در دین مبین اسلام باید اذعان نمود که معناداری زندگی در فرهنگ اسلامی مسئله بسیار مهمی است و بحث پیرامون معنای زندگی از مسائلی است که در فلسفه اخلاق به‌طور جدی مطرح است و جزء مهم‌ترین مسائل فلسفی به شمار می‌رود (۲۵). معنی درمانی را می‌توان برخاسته از دین دانست همان‌گونه که ابعاد آن در چارچوب اسلام قرار گرفته و دین اسلام نیز آن را تأیید نموده است. دراین‌بین یکی از عواملی که می‌تواند تحت تأثیر معنا و به‌طور کلی معنی درمانی قرار گیرد جهت‌گیری مذهبی است چراکه مذهب به‌عنوان یک نیروی روان‌شناختی می‌تواند بر جنبه‌های گوناگون زندگی انسان اثرگذار باشد. قرآن در پی تغییر و تقویت بصیرت آدمیان است. بصیرت، باور و بینش عمیقی است که اگر آدمی بدان دست یابد، معنا و مفهومی برای زندگی خود یافته است، معنایی که او را در مواجهه با رنج‌ها و سختی‌ها مقاوم می‌سازد (۲۵).

متخصصان سلامت روان اغلب افکار خودکشی را صرفاً در یک زمینه فردی مورد بررسی قرار می‌دهند. درمان رفتاری-محور، روش معمول برای درمان افکار خودکشی در نوجوانان است، اما وجود این رفتار به‌عنوان یک تظاهر بزرگ‌تر از مشکلات ساختاری خانواده در این روش درمانی لحاظ نشده است. اگرچه نتایج کوتاه‌مدت، کاهش یا توقف افکار خودکشی را نشان می‌دهد، اما اثربخشی بلندمدت درمان‌های رفتاری-محور هنوز اثبات نشده است؛ بنابراین، پرداختن به عملکرد افکار خودکشی در یک زمینه خانوادگی به تغییر دیدگاه پزشکان از درمان رفتاری-فردی به درمان ساختاری خانواده کمک خواهد کرد (۲۶). یکی از این مداخلات رفتاری و روان‌شناختی، خانواده‌درمانی سیستمی است که شامل چهار مؤلفه است: آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ارتباطی، بازسازی شناختی و درمان ساختاری عملکردی خانواده است.

ریسک‌پذیری، هیجان‌خواهی، عدم بازداری رفتاری، ترجیح پاداش‌های کوچک فوری به پاداش‌های بزرگ دوردست، نقص در برنامه‌ریزی و فوریت است (۱۸). این ویژگی به‌ویژه در بین نوجوانان شایع است که اغلب به محرک‌های داخلی و خارجی به شیوه‌ای عجولانه و بدون برنامه‌ریزی پاسخ می‌دهند (۱۹). تحقیقات اخیر رابطه پیچیده بین عملکرد اجرایی، تکانشگری و رفتار پر خاشگرانه را روشن کرده است. نوجوانی دوره اوج شروع رفتار پر خاشگرانه است. فینکل و هال (۲۰) نشان دادند که افکار خودکشی یک مرحله اولیه حیاتی در پیشرفت به سمت رفتار خودکشی است. تحقیقات قبلی ارتباط بین تکانشگری و گرایش به خودکشی در نوجوانان را نشان داده‌اند (۲۱). علاوه بر این، تکانشگری به‌عنوان یکی دیگر از عوامل مهم در خطر خودکشی ظاهر می‌شود. تکانشگری با اقداماتی که بدون تأخیر، تأمل، جهت‌دهی داوطلبانه یا کنترل ظاهری در پاسخ به محرک‌ها انجام می‌شوند، مشخص می‌شود. این امر نقش مهمی در رفتارهای نامطلوب مختلف، از جمله رفتارهای مرتبط با تمایلات خودکشی، ایفا می‌کند (۲۲).

افکار و رفتارهای خودکشی، خطر خودکشی را افزایش می‌دهند و به‌خودی‌خود مشکلات قابل‌توجهی هستند. پیشگیری از آن‌ها نیازمند یک واکنش قوی از سوی کل جامعه است (۲۳)؛ بنابراین یکی از رویکردهای درمانی، معنادرمانی اسلامی است. روان‌درمانی در تربیت اسلامی می‌تواند به دو صورت بیرونی و درونی اعمال شود. فنون بیرونی شامل گفتاردرمانی با فنون ارتباط قرآنی است. فنون درونی را می‌توان در سه مرحله انجام داد: الف) به شکل ذکر، نماز، روزه؛ ب) به شکل درونی‌سازی نام‌های نیکوی خداوند (اسماء الحسنی) و سرشت پیامبر (شفاعة النبی)؛ ج) تجلی، پرورش شخصیت با سپاسگزاری، صبر، تسلیم در برابر خدا و پذیرش خود (۲۴). از دیدگاه قرآن کریم زندگی دارای مراتبی است که امکان دستیابی به آن در اختیار انسان گذاشته شده است. کانونی‌ترین مفهوم زندگی در قرآن

در خانواده درمانی سیستمی رفتاری، هدف اصلی این است که الگوهای ناسالم رفتاری و ارتباطی در خانواده شناسایی و تغییر داده شود. این روش با تمرکز بر راهبردهای مثبت و تغییرات کوچک در رفتارهای خانوادگی، باعث بهبود در روابط و تعاملات خانوادگی می‌شود (۲۷). خانواده درمانی سیستمی رفتاری شامل جلسات گروهی یا فردی است که تحت نظارت یک متخصص خانواده قرار می‌گیرد. در این جلسات، اعضا به‌طور فعال در تغییر الگوهای رفتاری خود و بهبود ارتباطات خانوادگی شرکت می‌کنند (۲۸). از مزایای خانواده درمانی سیستمی رفتاری می‌توان به بهبود فراگیر رفتارها، کاهش تنش‌ها، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و تقویت نقاط قوت اعضای خانواده اشاره کرد (۲۹).

به‌طور کلی بر اساس ادبیات و پیشینه پژوهش، با وجود مطالعات متعدد درباره سلامت روان و افکار خودکشی در نوجوانان، هنوز کمبود پژوهش‌هایی که به‌صورت همزمان نقش تکانشگری، سلامت روان، معنادرمانی اسلامی و خانواده درمانی سیستمی را در کاهش افکار خودکشی بررسی کنند، احساس می‌شود. همچنین، بسیاری از مطالعات پیشین تنها بر جنبه‌های فردی یا رفتاری تمرکز داشته‌اند و به زمینه خانوادگی و معنایی در قالب یک رویکرد یکپارچه توجه کافی نشده است. نبود داده‌های جامع و کاربردی که این مؤلفه‌ها را به‌صورت همزمان تحلیل کنند، خلأ علمی مهمی در این حوزه ایجاد کرده است. به‌طور کلی بر اساس آنچه بیان شد، افزایش افکار و رفتارهای خودکشی در میان نوجوانان، به‌ویژه در شرایط تغییرات روانی و فشارهای محیطی، تهدیدی جدی برای سلامت روان و آینده آنان محسوب می‌شود. با وجود روش‌های درمانی موجود، همچنان اثربخشی بلندمدت و جامع کاهش این افکار محدود است و جای خالی مداخلات ترکیبی که هم عوامل روان‌شناختی، هم خانوادگی و هم معنایی را در نظر بگیرند، به‌وضوح احساس می‌شود؛ بنابراین، پژوهش

حاضر با هدف بررسی تأثیر متقابل سلامت روان، تکانشگری، معنادرمانی اسلامی و خانواده درمانی سیستمی بر افکار خودکشی نوجوانان انجام می‌شود تا بتواند راهکارهای جامع‌تر و کارآمدتری برای پیشگیری و مداخله ارائه دهد. با توجه به روند فزاینده خودکشی و افکار خودکشی در میان نوجوانان و تأثیر شدید آن بر سلامت روان، شناسایی عوامل زمینه‌ای و ارائه مداخلات مؤثر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. نوجوانان، به دلیل تغییرات سریع جسمی و روانی و مواجهه با استرس‌های محیطی و اجتماعی، گروهی آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند و هرگونه کاهش سلامت روان می‌تواند پیامدهای بلندمدت بر رشد و عملکرد فردی و اجتماعی آنان داشته باشد. از طرفی، توجه به جنبه‌های معنایی زندگی و باورهای مذهبی در قالب معنادرمانی اسلامی و همچنین رویکردهای خانواده‌محور، می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری و کاهش افکار خودکشی داشته باشد. در نتیجه، پژوهش‌های کاربردی که به بررسی ترکیبی عوامل فردی، روان‌شناختی، معنایی و خانوادگی بپردازند، می‌توانند مسیرهای جدیدی برای پیشگیری و درمان ارائه دهند.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی آموزش‌وپرورش شهر تهران و یکی از والدین آن‌ها در سال ۱۴۰۴ بود. با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ و توان آزمون مناسب برای مطالعات نیمه‌آزمایشی، حجم نمونه ۶۰ نوجوان به همراه والدین آن‌ها تعیین شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پس از انجام پیش‌آزمون، به‌صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه شامل دو

گروه مداخله و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. با توجه به ماهیت مداخلات روان‌درمانی، امکان کورسازی کامل شرکت‌کنندگان وجود نداشت؛ بااین‌حال تلاش شد با استانداردسازی شرایط اجرا و یکسان‌سازی روند برگزاری جلسات، سوگیری‌های احتمالی کاهش یابد.

در این پژوهش کلیه اصول اخلاق پژوهش شامل رعایت اصول انسانی، حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات پاسخ‌دهندگان، عدم ایجاد مزاحمت برای نمونه‌ها خارج از زمان جلسات درمانی، توضیح کامل نحوه اجرای پژوهش، تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه و اطلاع‌رسانی در مورد تعداد و مدت جلسات رعایت شد.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش در این پژوهش تمامی اصول اخلاق که عبارتند از: رعایت اصول انسانی، حفظ حریم خصوصی، عدم مزاحمت برای نمونه در ساعات غیر از درمان، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات پاسخ‌دهندگان، توضیح کامل نحوه اجرای آزمون، پر کردن فرم رضایت‌نامه آگاهانه و اطلاع‌رسانی تعداد و مدت جلسات، رعایت شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش: دارای افکار خودکشی، سن، توانایی حضور در تمام جلسات، رضایت به شرکت در پژوهش و دریافت نکردن برنامه مداخله‌های هم‌زمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش: نیز غیبت بیش از ۱ جلسه در جلسات درمان و انجام ندادن تکالیف بود.

ابزار سنجش در این پژوهش مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (General Health Scale) و پرسشنامه تکانشگری بارت و همکاران (Impulsivity Questionnaire) بود.

سلامت عمومی توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) ساخته شد که این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال و دو مؤلفه نشانه‌های سلامت روانی مثبت و نشانه‌های اختلال روانی است. این آزمون ۱۲ سؤال دارد و دارای دو خرده مقیاس نشانه‌های سلامت روانی مثبت و نشانه‌های اختلال روانی بوده که معمولاً به‌صورت اصلاً، در

حد معمول، بیشتر از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری آنان به‌صورت (۱-۱۰۰-۰) است؛ یعنی گزینه‌های الف و ب نمره صفر و گزینه‌های ج و د نمره یک می‌گیرند. در این صورت حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه سلامت عمومی (۱۲ سؤال)، برابر با ۱۲ خواهد شد. در پژوهش یعقوبی و همکاران (۴۱) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در پژوهش یعقوبی و همکاران (۴۱) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه تکانشگری توسط بارت و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شد این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره‌ای لیکرت بود که از هرگز = ۱ تا همیشه = ۴ نمره‌گذاری می‌گردد. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری نسخه اصلی این ابزار، سه عامل عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می‌گردد. تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم‌سازی بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان‌دهنده عمل بدون فکر و تأمل است و تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه‌ریزی، مبین بی‌توجهی به آینده‌نگری در رفتار و اعمال است. همچنین تمامی گویه‌ها دارای نمره‌گذاری مثبت می‌باشند. در پژوهش جاوید و همکاران (۳۹) که هنجاریابی این پرسشنامه را انجام داده‌اند تعداد گویه‌ها از ۳۰ گویه به ۲۵ گویه کاهش یافت و ۵ گویه به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ از پرسشنامه حذف شدند بدین ترتیب پایایی پرسشنامه به ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پروتکل درمانی: در پژوهش حاضر برای گروه مداخله اول پروتکل معنادرمانی اسلامی و گروه مداخله دوم خانواده درمانی سیستمی استفاده شد. جلسات مداخله معنادرمانی مبتنی

مقایسه اثربخشی معنادرمانی اسلامی و خانواده درمانی سیستمی ...

بر ارزش‌های اسلامی-ایرانی توان و همکاران (۴۰) استفاده شد که مبنای این برنامه، اصول و مفاهیم و برنامه معنادرمانی بنیان‌گذار معنادرمانی، ویکتور امیل فرانکل است اما به دلایل حائز اهمیتی از جمله مفاهیم فلسفی و اعتقادی معنای زندگی، فرهنگ غالب در جامعه، غنی بودن فرهنگ اسلامی-ایرانی در زمینه معنا و نبود برنامه معنادرمانی با رویکرد اسلامی-ایرانی، این برنامه بر مبنای ارزش‌های اسلامی-ایرانی تدوین شده است که طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای صورت گرفت. خلاصه محتوای جلسات این پروتکل در جدول (۱) آمده است. مداخله خانواده درمانی سیستمی توسط ایمانیان و همکاران (۴۲) تدوین شد که در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای صورت گرفت. خلاصه محتوای جلسات این پروتکل در جدول (۲) آمده است.

روش اجرا: پس از اجرای پیش‌آزمون مقیاس سلامت عمومی و پرسشنامه تکانشگری، از هر دو گروه مداخله و گواه، جلسات

مداخله بر اساس پروتکل ذکر شده به صورت گروهی اجرا شد. جلسات درمانی در مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۷ تهران توسط متخصص روانشناسی با درجه دکتری و یک دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی برگزار شد. بعد از اتمام جلسات، آزمودنی‌ها پس از آزمون مقیاس سلامت عمومی و پرسشنامه تکانشگری را تکمیل کردند. در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت گردید. در پایان پژوهش، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت.

با توجه به نتایج به دست آمده، پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود؛ بنابراین جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، تحلیل واریانس و آزمون تی مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری اختلاف ۰/۰۱ در نظر گرفته شد. به منظور تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS26 استفاده شد.

جدول ۱. پروتکل معنادرمانی اسلامی

جلسه	محتوا
اول	معارفه، معرفی برنامه و اهداف آن، مباحثه و آموزش چرایی زندگی: عظمت خلقت هستی و انسان و ارزش نعمت و فرصت زندگی، مالک حقیقی، ساختنی بودن زندگی. شناخت مفهوم معنای زندگی. شناخت ذات خدا و شناخت خود به عنوان موجودی وابسته و نیازمند به او، شناخت ارزش اصلی زندگی در رفتاری الهی.
دوم	آموزش چپستی زندگی: معنا و هدف زندگی در ضرورت وجود معنا، معنای زندگی در رویکرد دینی و معنای زندگی در رویکردهای غیردینی، مرگ، رنج و شر، عشق.
سوم	آموزش چپستی و ماهیت انسان: اراده و اختیار انسان، محدودیت توانایی انسان، تکثر نوع انسان، شکوفایی انسان، انسان خطاکار، ارزش وجودی انسان. بررسی معناجویی زندگی با مسئولیت، اراده و حق انتخاب خود فرد.
چهارم	آموزش چگونگی زندگی: مراتب ایمان انسان، تفاوت‌های فردی، پرداختن به نقش بی‌بدیل ایمان و توکل به خدا به عنوان اولین راهی که اسلام برای رسیدن به آرامش پیشنهاد می‌کند.
پنجم	آموزش چگونگی زندگی: اخلاق، چگونگی زندگی با مالک عدم حسرت و پشیمانی، ماهیت اخلاق، رابطه اخلاق و انسانیت، رابطه اخلاق و لذت، رابطه اخلاق و ایمان، ارزش وجودی انسان. بحث در این حوزه که هر موقعیتی که برای انسان‌ها پیش می‌آید می‌تواند در نقش وسیله‌ای باشد برای تقرب به احدیت
ششم	آموزش چگونگی زندگی: هدف‌گذاری، حل مسئله و خلاقیت، چگونگی زندگی با مالک عدم حسرت و پشیمانی، ساختنی بودن زندگی، هدف‌گذاری، محدودیت توانایی‌های انسان، حل مسئله و خلاقیت، پذیرش خطا. تعیین هدف در زندگی با وجود مرگ و معنا بخشی به آن، درک نقش صمیمیت در تحمل احساس تنهایی در زندگی زناشویی. هدف: افزایش مهارت هدفمندی با توجه به مرگ.
هفتم	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با خدا و امر قدسی، چگونگی زندگی با مالک عدم حسرت و پشیمانی، پذیرش تفاوت سطح و نوع ایمان و یقین در انسان‌ها، ایمان و انواع رویکردها نسبت به خداوند یا امر قدسی، رابطه ایمان و سلامت، شک و تردید، تواضع، توکل، دعا، رابطه ایمان با اخلاق، احساس و عاطفه و نقش آن در معنویت، وجود رنج و شر، عشق خدا. ارائه محتوای معنایابی در دل رنج‌ها با نگاه الهی و پاداش دنیوی و اخروی آن. هدف: تقویت دیدگاه درباره رنج‌ها به عنوان عامل رشد و تکامل.

بهنام برزگر و همکاران

هشتم	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با زندگی، هستی و خلقت چگونگی زندگی با مالک عدم حسرت و پشیمانی، ساختنی بودن زندگی به دست انسان، پذیرش محدودیت توانایی های انسان، عظمت خلقت هستی و انسان، ارزش نعمت و فرصت زندگی. معنای زندگی با وجود قطعیت مرگ، گذشت از خطاهای یکدیگر، توجه به کوتاه عمر و عذرخواهی و بخشش. هدف: افزایش آگاهی افراد درباره مرگ و کوتاه بودن فرصت های با هم بودن.
نهم	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با خویشتن خود (چگونگی زندگی با مالک عدم حسرت و پشیمانی، پذیرش محدودیت توانایی های انسان) رهایی از احساس گناه و سرزنش خود، ایمان به توانایی و اراده و اختیار انسان، رهایی از کمال زدگی، توجه معطوف به خویش و پذیرش نقاط مثبت و منفی خود، انتخاب ویژگی های مطلوب وجودی خود، ارزش وجودی انسان، پذیرش تکثر نوع انسان (رهایی از قیاس با دیگران و سرزنش خود) دوست داشتن و تأیید خود، سلامتی.
دهم	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با انسان ها (چگونگی زندگی با مالک عدم حسرت و پشیمانی، پذیرش تکثر نوع انسان، رهایی از رنج احتمالی وجود دیگران یا جامعه، اراده و اختیار انسان، ساختنی بودن زندگی و روابط، پذیرش خطا. پرداختن به مسئله دعا و عبادت و نقش آن در کسب آرامش و یافتن توانمندی های فطری افراد و بهره بردن از آن در جهت پیشرفت اجتماعی، محیطی و دینی. ارتباطات: ارتباط با انسان ها: ارتباط با همسر، رضایت زناشویی: چگونگی زندگی موفق. راهکارهای افزایش عشق و صمیمیت با دیدگاه الهی، هدفمندی زندگی با عشق.

جدول ۲. پروتکل خانواده درمانی سیستمی

جلسه	محتوا
اول	تعریف مشکل: بیان و تعریف مشکل از دیدگاه مراجع؛ تشخیص مشاور از مشکل مراجع و سرانجام دستیابی به دیدگاه مشترک میان مشاور و مراجع.
دوم	تظاهرات رفتاری: شناسایی تظاهرات رفتاری اختلال و کسب اطلاعات دقیق از تظاهرات اختلال در مصاحبه بالینی از خانواده.
سوم	بیان هدف کلی: تعیین اهداف کلی درمان با تأکید بر درمان اختلال اضطراب جدایی کودک.
چهارم	توجه به اهداف جزئی: نظیر درمان علائم، نشانه ها و تظاهرات رفتاری اختلال کودک و رفع تعارضات والدین که به طور غیرمستقیم در درمان اضطراب کودک اثر می گذارد.
پنجم	بیان و شناسایی موانع درمان: مانند عدم همکاری یکی از والدین، وجود فرزندی با علائم سایکوپاتولوژیک (نظیر پرخاشگری)، خانوادگی گسترده و عدم امکان کنترل تعاملات کودک با دیگران.
ششم	مداخله اصلی: بر اساس رویکرد خانواده درمانی ساختاری مینوچین و فنون خانواده درمانی همسو.
هفتم	در برگیرنده تبیین و تبیین وظایف و تکالیف اعضای خانواده در طول جلسات مداخله و در خانه در طی هفته، متناسب با اهداف اصلی و اهداف فرعی درمان.
هشتم	مرحله ارائه برنامه زمان بندی مداخله درمانی: تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات.
نهم	ارزیابی قبل از اعمال مداخله در طول جلسات مداخله، پس از پایان مداخله و در مرحله پیگیری با هدف تعیین میزان دستیابی به هدف درمان.
دهم	ارزیابی کلی طرح درمانی: جهت تعیین هر چه دقیق تر میزان دستیابی به هدف اصلی و نقش هر یک از افراد مسئول و درگیر در درمان.

یافته‌ها

در این پژوهش ۶۰ نوجوان دارای افکار خودکشی شرکت کردند. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها از منظر جمعیت شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در جدول (۳) یافته‌های توصیفی پژوهش گزارش شده است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از این آزمون موردبررسی قرار گرفت. ابتدا برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که توزیع نمرات متغیر وابسته در گروه‌های پژوهش از توزیع نرمال پیروی می‌کند ($p > 0/05$)، بنابراین

فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار بود.

برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌های گروه‌ها وجود ندارد ($p > 0/05$)، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد.

همچنین به منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون، اثر متقابل متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و متغیر گروه در مدل تحلیل کوواریانس موردبررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که تعامل بین پیش‌آزمون و گروه معنادار نیست ($p > 0/05$)، بنابراین فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بود.

جدول ۳. توصیف آماری نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر تکانشگری و سلامت روان به تفکیک گروه‌های آزمون و گروه کنترل

مؤلفه	گروه	شاخص توصیفی	مراحل		P تغییرات درون گروهی	P تغییرات بین گروهی
			پیش‌آزمون	پس‌آزمون		
تکانشگری	معنادرمانی اسلامی	میانگین $\pm$ انحراف معیار	8/90 $\pm$ 72/4	7/85 $\pm$ 58/3	0/0001	*0/001
		کجی-کشیدگی	0/41 $\pm$ -1/28	-0/36 $\pm$ 1/1		
	خانواده درمانی سیستمی	میانگین $\pm$ انحراف معیار	8/45 $\pm$ 73/1	7/4 $\pm$ 54/6		
		کجی-کشیدگی	-1/95 -0/30	-1/8 -0/27		
	کنترل	میانگین $\pm$ انحراف معیار	8/6 $\pm$ 71/8	8/55 70/90		
سلامت روان	معنادرمانی اسلامی	کجی-کشیدگی	-2/1 -0/35	-2/05 -0/38	0/0001	*0/001
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	4/1 $\pm$ 26/80	3/95 $\pm$ 60/18		
	خانواده درمانی سیستمی	کجی-کشیدگی	-0/68 $\pm$ -0/54	-0/72 $\pm$ 0/49		
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	4/00 $\pm$ 27/1	4/1 $\pm$ 40/20		
	کنترل	میانگین $\pm$ انحراف معیار	4/2 $\pm$ 26/9	4/15 $\pm$ 26/1		
		کجی-کشیدگی	-0/8 -0/5	-0/78 -0/53		

آزمون: تحلیل کوواریانس $P \leq 0/01$ *

پیش‌آزمون-پس‌آزمون در هر دو گروه آزمون تفاوت معناداری دارند، ولی این تفاوت در میانگین نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون گروه کنترل معنادار نیست.

بر اساس نتایج جدول (۳) میانگین و انحراف معیار نمره‌های مربوط به سلامت روان و تکانشگری را برای دو گروه مداخله معنادرمانی اسلامی، گروه مداخله خانواده درمانی سیستمی و گروه کنترل نشان می‌دهد. میانگین نمره متغیرهای وابسته در

جدول ۴. تفاوت بین نمرات پس‌آزمون تکانشگری و سلامت روان دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل

متغیر	منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تکانشگری	گروه	412/86	2	206/43			0/59
	خطا	285/45	57	5/005	41/20	0/001	
	کل	698/310	59				
سلامت روان	گروه	740/238	2	119/370			0/61
	خطا	880/155	57	2/735	43/65	0/000	
	کل	620/394	59				

شد ($P < 0/000$, $F = 76/43$). مقدار اندازه اثر (Partial Eta Squared) برای تکانشگری ۰/۵۹ و برای سلامت روان ۰/۶۱ به دست آمد که نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ مداخلات است؛ به عبارت دیگر، حدود ۵۹ درصد از تغییرات تکانشگری و ۶۱ درصد از تغییرات سلامت روان به نوع مداخله نسبت داده می‌شود.

به منظور بررسی تفاوت بین گروه‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول (۴) ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین سه گروه پژوهش در متغیر تکانشگری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$, $F = 41$). همچنین در متغیر سلامت روان نیز تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده

جدول ۵. تحلیل تفاوت بین نمرات پس‌آزمون تکانشگری و سلامت روان گروه مداخله معنادرمانی اسلامی و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	تفاوت میانگین‌ها
تکانشگری	186/42	1	186/42	36/85	0/0001	12/60
سلامت روان	210/880	1	210/880	42/10	0/0001	8/20

میزان ۱۲/۶۰ واحد و افزایش سلامت روان به میزان ۸/۲۰ واحد در مقایسه با گروه کنترل شده است.

با توجه به معنادار بودن نتایج تحلیل کوواریانس، برای تعیین محل دقیق تفاوت بین گروه‌ها از آزمون‌های تعقیبی استفاده شد. نتایج مقایسه معنادرمانی اسلامی با گروه کنترل (جدول ۵) نشان داد که بین دو گروه در متغیر تکانشگری ($P < 0/0001$) تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد که اجرای معنادرمانی اسلامی موجب کاهش تکانشگری به

جدول ۶. تحلیل تفاوت بین نمرات پس‌آزمون تکانشگری و سلامت روان دو گروه مداخله اول و دوم

متغیر	(آزمون لون)		درجه آزادی	T	سطح معنی داری p	تفاوت میانگین‌ها
	F	p				
تکانشگری	0/359	0/554	28	-4/20	0/000	-3/70
سلامت روان	0/353	0/255	28	3/95	0/000	1/80

و خانواده‌درمانی سیستمی در کاهش تکانشگری مؤثرتر بوده است. همچنین در متغیر سلامت روان نیز تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد و معنادرمانی اسلامی افزایش بیشتری در سلامت روان ایجاد کرده است.

نتایج مقایسه دو گروه مداخله (جدول ۶) نیز نشان داد که بین دو روش درمانی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). نتایج آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون تکانشگری در دو گروه تفاوت معناداری دارد

جدول ۷. تحلیل تفاوت بین نمرات پس‌آزمون تکانشگری و سلامت روان گروه خانواده درمانی سیستمی و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری p	تفاوت میانگین‌ها
تکانشگری	310/48	1	310/48	45/60	0/000	15/2
سلامت روان	228/6	1	228/6	41/85	0/000	6/30

با تفاوت میانگین (۱۲/۶) تأثیر بیشتری دارد.

همچنین نتایج مقایسه خانواده‌درمانی سیستمی با گروه کنترل (جدول ۷) نشان داد که این مداخله نیز به‌طور معناداری موجب کاهش تکانشگری ($F=45/6, P < 0/000$) و افزایش سلامت روان ($F=41/85, P < 0/000$) در نوجوانان شده است. تفاوت میانگین‌ها نشان داد که این مداخله تکانشگری را به میزان ۱۵/۲۰ واحد کاهش و سلامت روان را به میزان ۶/۳۰ واحد افزایش داده است.

مقایسه نتایج تفاوت میانگین‌های جدول ۷ و ۵ نشان می‌دهد که گروه مداخله معنادرمانی اسلامی بر متغیر سلامت روان با تفاوت میانگین (۸/۲) نسبت به گروه خانواده درمانی سیستمی با تفاوت میانگین (۶/۳) و گروه خانواده درمانی سیستمی بر متغیر تکانشگری

با تفاوت میانگین (۱۵/۲) نسبت به گروه معنادرمانی اسلامی

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی اسلامی و خانواده‌درمانی سیستمی بر تکانشگری و سلامت روان نوجوانان دارای افکار خودکشی انجام شد. یافته‌ها نشان داد معنادرمانی اسلامی در مقایسه با گروه کنترل، موجب کاهش معنادار تکانشگری و افزایش سلامت روان در مرحله پس‌آزمون شده است؛ نتیجه‌ای که با پژوهش‌های سرخه (۳۰)، رضوانی و همکاران (۳۱) و شاهسواری (۳۲) همسو است. این همسویی بیانگر آن است که مداخلات معنابیان می‌توانند به‌عنوان عامل محافظتی در برابر رفتارهای پرخطر و ناپایداری‌های هیجانی نوجوانان عمل کنند. از نظر تبیینی، نوجوانان افسرده و درگیر

الگوهای تعاملی خانواده و روابط والد-فرزند می‌تواند رفتارهای خودآسیب‌رسان و تکانشی را کاهش دهد. نتایج پژوهش مینر و همکاران (۳۴) بر تأثیر خانواده‌درمانی سیستمی بر خودآزاری غیرخودکشی‌گرایانه و یافته‌های نیکبخت و همکاران (۳۵) بر کاهش تکانشگری نوجوانان تأکید دارد.

از نظر تبیینی، رفتارهای نامناسب والدین، تعارض خانوادگی، صمیمیت پایین و شیوه‌های فرزندپروری کنترل‌گرایانه از عوامل خطر افکار خودکشی در نوجوانان افسرده هستند (۳۷). در مقابل، مراقبت، حمایت و کاهش کنترل افراطی والدین می‌تواند خطر افسردگی و افکار خودکشی را کاهش دهد (۳۸). خانواده‌درمانی سیستمی با تمرکز بر کاهش تعارض، افزایش حمایت هیجانی و اصلاح چرخه‌های تعاملی، به بهبود تنظیم هیجان، خودکنترلی و احساس امنیت روانی نوجوان کمک می‌کند و از این طریق تکانشگری و افکار خودکشی را کاهش می‌دهد.

درنهایت، نتایج مقایسه‌ای نشان داد معنادرمانی اسلامی در ارتقای سلامت روان اثربخشی بیشتری دارد، درحالی‌که خانواده‌درمانی سیستمی تأثیر قوی‌تری بر کاهش تکانشگری نشان می‌دهد. این تفاوت بیانگر آن است که معنادرمانی اسلامی عمدتاً بر لایه‌های شناختی-هیجانی و معنابخش سلامت روان اثر می‌گذارد، درحالی‌که خانواده‌درمانی سیستمی با مداخله در بافت بین‌فردی و ساختار خانواده، تغییرات رفتاری ملموس‌تری ایجاد می‌کند؛ بنابراین، انتخاب رویکرد درمانی برای نوجوانان دارای افکار خودکشی باید متناسب با اولویت‌های بالینی و ویژگی‌های زمینه‌ای خانواده صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر معنا و خانواده، هر دو می‌توانند به‌طور معناداری در بهبود وضعیت روان‌شناختی نوجوانان دارای

رفتارهای خودآسیب‌رسان، در مواجهه با فشارهای روانی معمولاً از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند که به تشدید تکانشگری می‌انجامد؛ درحالی‌که بازسازی معنا و آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگار می‌تواند شیوه مواجهه آنان با رنج و ناکامی را تغییر دهد.

سلامت روان نوجوانان نقشی اساسی در رفاه فردی، خانوادگی و آینده جامعه دارد و خودکشی نوجوانان یک مسئله جهانی سلامت روان محسوب می‌شود (فن). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربیات نامطلوب دوران کودکی از طریق تأثیر بر حالات عاطفی می‌توانند تکانشگری و الگوهای پرخطر مرتبط با سلامت را تقویت کنند (۳۳). در چارچوب اندیشه اسلامی، زندگی دارای مراتب معناست و مفهوم «حیات» جایگاهی محوری دارد. معناداری زندگی در فرهنگ اسلامی اهمیتی بنیادین دارد و معنادرمانی را می‌توان رویکردی همسو با آموزه‌های دینی دانست که مورد تأیید اسلام نیز قرار گرفته است (۳۰). در این میان، جهت‌گیری مذهبی به‌عنوان نیرویی روان‌شناختی می‌تواند بر ابعاد مختلف زندگی و سلامت روان اثرگذار باشد. قرآن با تقویت بصیرت و بینش، زمینه مقاومت در برابر رنج‌ها را فراهم می‌کند و سلامت روان را در پیوند با تعادل درونی و ایمان قلبی تعریف می‌نماید (۳۰). بر این اساس، معنادرمانی اسلامی با تأکید بر هدفمندی حیات، مسئولیت‌پذیری و پیوند با ارزش‌های متعالی، از طریق بازسازی نظام معنایی، به کاهش بی‌معنایی، افزایش خودکنترلی و درنهایت کاهش تکانشگری و بهبود سلامت روان نوجوانان دارای افکار خودکشی منجر می‌شود.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد خانواده‌درمانی سیستمی نیز در مقایسه با گروه کنترل، موجب کاهش تکانشگری و افزایش سلامت روان نوجوانان شده است؛ نتیجه‌ای همسو با پژوهش‌های مینر و همکاران (۳۴)، نیکبخت و همکاران (۳۵) و فن و همکاران (۳۶). شواهد نشان می‌دهد که اصلاح

افکار خودکشی نقش آفرین باشند؛ بااین حال، تفاوت در الگوی اثرگذاری این دو رویکرد بیانگر آن است که مسیرهای تغییر روان‌شناختی یکسان نیستند و هر مداخله از طریق سازوکارهای خاص خود به کاهش آسیب می‌انجامد. معنادرمانی اسلامی با تأکید بر بازسازی معنای زندگی، تقویت امید، مسئولیت‌پذیری درونی و پیوند فرد با ارزش‌های متعالی، زمینه‌ای برای ارتقای سلامت روان فراهم می‌آورد که به‌ویژه در مواجهه با ناامیدی و درماندگی روانی نوجوانان دارای افکار خودکشی حائز اهمیت است. در مقابل، خانواده‌درمانی سیستمی با تمرکز بر الگوهای تعاملی، بازسازمان‌دهی روابط و کاهش تنش‌های ارتباطی، ظرفیت بیشتری در مهار رفتارهای تکانشی و پاسخ‌های هیجانی شتاب‌زده نشان می‌دهد.

بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که انتخاب رویکرد درمانی در کار با نوجوانان در معرض خطر خودکشی نباید مبتنی بر یک الگوی واحد باشد، بلکه لازم است با توجه به اولویت‌های بالینی، ماهیت مشکل غالب و زمینه خانوادگی فرد صورت گیرد. نتایج این پژوهش بر ضرورت اتخاذ نگاه تلفیقی و انعطاف‌پذیر در مداخلات روان‌درمانی تأکید می‌کند؛ نگاهی که در آن، ارتقای سلامت روان و کاهش تکانشگری نه به‌عنوان اهداف مستقل، بلکه به‌عنوان پیامد تعامل میان معنا، رابطه و ساختارهای حمایتی در نظر گرفته می‌شوند. از این منظر، بهره‌گیری هدفمند از مداخلات معنابیان و خانواده‌محور می‌تواند گامی مؤثر در پیشگیری و کاهش افکار خودکشی در نوجوانان باشد.

محدودیت‌های پژوهش

در پژوهش حاضر محدودیت‌های متعددی وجود داشت از جمله جلسات درمانی در مدت کوتاهی (چند هفته) انجام شد و اثرات بلندمدت معنادرمانی اسلامی و خانواده‌درمانی سیستمی بر تکانشگری و سلامت روان بررسی نشد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شد که ممکن است

تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی یا تمایل به ارائه پاسخ مطلوب اجتماعی قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ماهیت نیمه‌آزمایشی طرح اشاره کرد؛ به‌گونه‌ای که به دلیل محدودیت‌های اجرایی، امکان کنترل کامل تمامی متغیرهای مداخله‌گر و تخصیص کاملاً تصادفی آزمودنی‌ها فراهم نبوده است. این امر ممکن است بر تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش تأثیر بگذارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های آزمایشی دقیق‌تر و نمونه‌های گسترده‌تر، نتایج این پژوهش موردبررسی و تأیید قرار گیرد.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود استفاده از منابع معنوی و فرهنگی موجود در جامعه برای شخصی‌سازی و تقویت اثربخشی مداخلات روان‌درمانی در نوجوانان افزایش یابد. طراحی برنامه‌های پیگیری پس از مداخلات برای ارزیابی اثرات بلندمدت و تثبیت تغییرات رفتاری و روانی نوجوانان پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و روان‌درمانی می‌توانند برنامه‌های ترکیبی ارائه دهند که هم از رویکرد معنادرمانی اسلامی برای بهبود سلامت روان و ارتقای معنا در زندگی نوجوانان بهره‌برداری کند و هم از خانواده درمانی سیستمی برای کاهش رفتارهای تکانشی استفاده کند.

قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی آزمودنی‌ها و سرپرست آن‌ها که در اجرای برنامه ما را یاری کردند تشکر نمایند.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی ندارد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

مشارکت مؤلفان

مؤلفان پژوهش حاضر به یک اندازه در اجرا و نگارش مقاله حاضر مشارکت داشتند.

Reference

1. In, W. S. W. (2021). Global Health Estimates. Geneva, Switzerland. World Health Organization.
2. Bridge, J. A. Ruch, D. A, Sheftall, A. H, Hahm, H. C, O'Keefe, V. M, Fontanella, C. A, ... & Horowitz, L. M. (2023). Youth suicide during the first year of the COVID-19 pandemic. *Pediatrics*, 151(3), e2022058375.
3. Bertuccio, P, Amerio, A, Grande, E, La Vecchia, C, Costanza, A, Aguglia, A, ... & Odone, A. (2024). Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. *EClinicalMedicine*, 70.
4. Lewis, C. P, Klimes-Dougan, B, Croarkin, P. E, & Cullen, K. R. (2026). Understanding the emergence of suicidal thoughts and behaviors in adolescence from a brain and behavioral developmental perspective. *Neuropsychopharmacology*, 51(1), 259-272.
5. Uzoekwe, H. E, Nnadi, G. C, & Mokwelu Obianuju Blessing, N. U. C. (2023). Counsellors' Perceived Causes and strategies for reducing suicidal thoughts among secondary school teenagers.
6. Miller, A. B, McLaughlin, K. A, Busso, D. S, Brueck, S, Peverill, M, & Sheridan, M. A. (2018). Neural correlates of emotion regulation and adolescent suicidal ideation. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*, 3(2), 125-132.
7. Kerkhof, A. J. F. M. (2014). Suicide and attempted suicide. *World Health*, 49(2), 18-20
8. Troister, T. (2014). A prospective study of psychache and its relationship to suicidality. Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses.
9. Handayani, N. W, Wicaksana, B. S, & Syakarofath, N. A. (2025). Healthy Lifestyle and Suicidal Ideation Among Teenagers. *KnE Social Sciences*.
10. Rodwin, A. H, Banya, M, Shimizu, R, Jaccard, J, Lindsey, M. A, & Munson, M. R. (2025). Childhood adversities and suicidal ideation among young adults with serious mental illnesses: The mediating roles of perceived stress, dispositional hope, and mental health hope. *Journal of Affective Disorders*, 368, 820-828.
11. Gómez-Vallejo, S, Díaz-Marsa, M, Rodrigues, V. F, Andreo-Jover, J, Bobes-Bascarán, T, Cebria, A. I, ... & Tur, N. (2025). The role of childhood maltreatment and mental health disorders on suicidal behaviour in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 159, 107151.
12. Cotton NK, Shim RS (2022) Social Determinants of Health, Structural Racism, and the impact on child and adolescent Mental Health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 61:1385-1389. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.04.020>
13. Conte, G, Iorio, G. D, Esposito, D, Romano, S, Panvino, F, Maggi, S, ... & Terrinoni, A. (2025). Scrolling through adolescence: a systematic review of the impact of TikTok on adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 1511-1527.
14. Bitsko, R. H, Claussen, A. H, Lichstein, J, Black, L. I, Jones, S. E, Danielson, M. L, Hoenig, J. M, Davis Jack, S. P, Brody, D. J, Gyawali, S, Maenner, M. J, Warner, M, Holland, K. M, Perou, R, Crosby, A. E, Blumberg, S. J, Avenevoli, S, Kaminski, J. W, Ghandour, R. M, & Meyer, L. N. (2022). Mental health surveillance among children—United States, 2013-2019. *MMWR Supplements*, 71(2), 1-42. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7102a1>
15. McLoughlin, S, & Kristjánsson, K. (2025). Virtues as protective factors for adolescent mental health. *Journal of Research on Adolescence*, 35(1), e13004.
16. Zare Rashnudi, M., Azadyekta, M. and Nasrolahi, B. (2024). The Effectiveness of the Suicide Prevention Training Package on Suicidal Thoughts and Impulsivity in Adolescents. A new approach to children's education quarterly, 6(2), 171-181. doi: 10.22034/naes.2024.483542.1579
17. Hu, C, Li, W, Gong, G, Qi, M, & Yu, D. (2024). The relationship between mindfulness and aggression for adolescence: Interplay of impulsivity and inhibition dysfunction. *Current Psychology*, 43(47), 36030-36043.
18. Moore FR, Doughty H, Neumann T, McClelland H, Allott C, O'Connor RC. Impulsivity, aggression, and suicidality relationship in adults: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. (2022) 45:1-13. doi: 10.1016/j.eclim.2022.101307
19. Su, X, Li, W, Hu, C, Liu, H, & Lian, R. (2024). The longitudinal relationship between executive dysfunction and reactive and proactive aggression in adolescents: impulsivity as a mediator and sex differences. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1484340.
20. Finkel J, Hall NA. The I3 model: A meta theoretical framework for understanding aggression. *Curr Opin Psychol*. (2018) 19:125-30. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.03.013
21. Zhong, Y, He, J, Luo, J, Zhao, J, Cen, Y, Wu, Y, ... & Luo,

- J. (2024). The mediating role of impulsivity between sleep quality and suicidal ideation in adolescent population : a multicenter cross-sectional study in the northeastern Sichuan, China. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1301221.
22. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2020) 29(6):759-76. doi: 10.1007/s00787-018-01270-9
23. Arya, V, Burgess, P, Diminic, S, Harris, M. G, Slade, T, Sunderland, M, ... & Pirkis, J. (2025). Suicidal ideation, suicide plans and suicide attempts among Australian adults : Findings from the 2020-2022 National Study of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 59(6), 500-509.
24. Aristyasari, Y. F, Mustaqim, A, Ichsan, I, & Azhar, C. (2024). Implementation of Psychotherapeutic in Islamic Education. In *SHS Web of Conferences* (Vol. 204, p. 05002). EDP Sciences.
25. Sorkheh, Zeinab, (2023). Metatherapy from the Islamic Perspective and Its Role in Mental Health, First International Conference and Second National Conference on Psychology and Religion, Ardabil, <https://civilica.com/doc/1840799>
26. Miner, C. L, Love, H. A, & Paik, S. E. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescents : Addressing the function and the family from the perspective of systemic family therapies. *The American Journal of Family Therapy*, 44(4), 211-220.
27. Emamipour, S. (2022). The Effectiveness of " Systemic-Behavioral Couple Therapy" on Sexual Satisfaction and Self-Differentiation in Each Couple with Marital Conflict. *Journal of Health Promotion Management*, 11(2), 45-58.
28. Reibstein, J, & Singh, R. (2020). The intercultural Exeter couples model : Making connections for a divided world through systemic-behavioral therapy. John Wiley & Sons.
29. Ghaderi, Z, Taher, M, nouhi, S, & Esmaili, J. (2025). Determining the effectiveness of systemic-behavioral family therapy on coping styles and cognitive flexibility in type 1 diabetic adolescents. *Clinical Psychology and Personality*, (), - doi: 10.22070/cpap.2025.19799.1638
30. Sorkheh, Z, (2023), Metatherapy from the Islamic Perspective and Its Role in Mental Health, First International Conference and Second National Conference on Psychology and Religion, Ardabil, <https://civilica.com/doc/1840799>
31. Rezvani, M. , Behzadi Bikah, S. , Barshan, A. and Manzari Tavakoli, V. (2025). The Effectiveness of Meaning Therapy Based on Quranic Teachings on The Psychological Health and Resilience of The Elderly. *Quran and Medicine*, 10(1), 43-53.
32. Shahsavari Z. (2018). The Effect of Group Logotherapy with a Religion-Based Approach on Students' Aggression and Hopelessness. *QJFR*; 15 (2):67-86. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.26766728.1397.15.2.4.4>
33. Meadows, A. L. (2025). Early adversity, impulsivity, and health behaviors [Ph.D. thesis, University of Kentucky]. https://uknowledge.uky.edu/cts_etds/25/
34. Miner, C. L, Love, H. A, & Paik, S. E. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescents : Addressing the function and the family from the perspective of systemic family therapies. *The American Journal of Family Therapy*, 44(4), 211-220.
35. Nikbakht, N, Mirzaian, B, Abbasi, G, & Mohammad, S. (2026). Effectiveness of Family-Focused Therapy on Impulsivity in Individuals with Bipolar Disorder Type II. *J Health Rep Technol*, 12(1), e166212.
36. Fan, X. F, Peng, J. Y, Zhang, L, Hu, Y. L, Li, Y, Shi, Y, & Zhang, T. M. (2024). The impact of mindfulness therapy combined with mentalization-based family therapy on suicidal ideation in adolescents with depressive disorder : randomized intervention study. *Annals of general psychiatry*, 23(1), 16.
37. Cong EZ, Wu Y, Cai YY, Chen HY, Xu YF. Association of suicidal ideation with family environment and psychological resilience in adolescents. *Chin J Contemp Pediatr*. 2019;21:479-84. <https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2019.05.016>.
38. Cong EZ, Cai YY, Wang Y, Wu Y. Association of depression and suicidal ideation with parenting style in adolescents. *Chin J Contemp Pediatr*. 2021;23:938-43. <https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2105124>
39. Javid, Mahboobeh; Mohammadi, Noorallah; Rahimi, Changiz (2012). Psychometric properties of the Persian version of the 11th edition of the Barthes Impulsivity Scale. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, 2, 8, 23-34.
40. Tavan, Abbas and Soleimani Fard, Zahra. (2023). The effect of meaning therapy based on Islamic-Iranian values on marital conflicts and religious orientation of couples with marital conflicts. *Islamic Lifestyle with a Health Center*, 7(4), 102-112.
41. Yaghoubi, H; Karimi, M; Omid, A; Baruti, E, Abedi, M.

(2012). Validation and factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in students, Journal of Behavioral Sciences, 6(2): 153-160.

42. Imanian, A, Niknejadi, F. (2024). "Evaluation of the effectiveness of differentiation system based on systemic family therapy on marital boredom and communication patterns." Knowledge & Research in Applied Psychology, 25, 1, 211-221. 10.30486/jsrp.2022.1930914.2995.

Comparing the Effectiveness of Islamic Meaning-Centered Therapy and Systemic Family Therapy on Impulsivity and Mental Health in Adolescents with Suicidal Thoughts

Behnam Barzegar¹, Maryam Movahedi², Allah Nazar Alisofi³, Mahsa Hadian⁴, Esmat Savadi^{5*}, Narges Mirani Sargazi⁶

Abstract

Background and Objective: The increasing prevalence of high-risk behaviors, emotional instability, and psychological distress among adolescents has highlighted the urgent need for effective preventive and therapeutic interventions. In particular, approaches that are grounded in family systems and spiritual or meaning-based resources have gained attention due to their potential to address adolescents' emotional, cognitive, and behavioral needs in a more comprehensive and culturally sensitive manner. Adolescents experiencing suicidal thoughts represent a particularly vulnerable population that requires targeted and evidence-based interventions. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of systemic family therapy and Islamic meaning-centered therapy on impulsivity and overall mental health in adolescents experiencing suicidal ideation.

Materials and Methods: This study employed a quasi-experimental design with pre-test and post-test measures and included a control group. The statistical population consisted of all adolescents with suicidal thoughts in Tehran in the year 2025. Using purposive sampling, 60 adolescents were selected and then randomly assigned to two intervention groups and one control group. Data were collected using the Goldberg General Health Questionnaire and the Barrett et al. Impulsivity Questionnaire. The first intervention group participated in 12 group sessions of Islamic meaning-centered therapy, while the second intervention group received 10 group sessions of systemic family therapy. Each session lasted 90 minutes and was held twice per week. The control group was placed on a waiting list. Multivariate analysis of covariance, analysis of variance, and t-tests were used to analyze the data.

Results: The findings revealed significant differences among the Islamic meaning-centered therapy group, the systemic family therapy group, and the control group in post-test scores of impulsivity ($F = 41.2$, $P = 0.001$) and mental health ($F = 43.65$, $P = 0.000$). Islamic meaning-centered therapy showed a greater effect on mental health improvement (mean difference = 8.2), whereas systemic family therapy demonstrated a stronger impact on reducing impulsivity (mean difference = 15.2).

Conclusion: Overall, the results indicate that both meaning-based and family-centered interventions are effective in improving adolescents' psychological functioning. Spiritually oriented approaches appear more beneficial for enhancing mental health, while family-based therapies are more effective in managing impulsive behaviors, emphasizing the importance of selecting interventions based on adolescents' specific psychological needs.

Keywords: impulsivity, Islamic semantic therapy, mental health, suicidal thoughts in adolescents.

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

2. Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Tolo Mehr University, Qom, Iran

3. Department of psychology and Counselling, Farhangian University, Tehran, Iran

4. Department of Family Counseling, Faculty of Psychology, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

5. *Corresponding Author: Department of Islamic Studies, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran.
savadi.e@wtiau.ac.ir

6. Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran