



Effect of Spiritual-Based Educational Intervention on the Mental Health of Student Health Ambassadors

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Sharifi Aref A.¹ MSc,
Tavousi M.² PhD,
Amin Shokravi F.*¹ PhD

How to cite this article

Sharifi Aref A, Tavousi M, Amin Shokravi F. Effect of Spiritual-Based Educational Intervention on the Mental Health of Student Health Ambassadors. Journal of Education and Community Health. 2020;7(3):177-186.

ABSTRACT

Aims Stress, depression and anxiety are the most common disorders in adolescence. Given the positive effect of spirituality on mental health, the aim of present study was to investigate the effect of spirituality-based educational intervention on mental health in female student health ambassadors.

Materials & Methods This semi-experimental study was performed on 39 female student health ambassadors of the first high schools in Tehran (18 subjects in the experimental group and 21 subjects in the control group) in 2020, who were selected by multistage cluster sampling method. The research instruments were the Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS 21) and the Parsian and Dunning Spirituality Questionnaire. After pre-test in two groups, spirituality-based educational intervention was conducted in the experimental group. 45 days after the intervention, post-test was performed in both groups and the data were analyzed by SPSS 20 software using Chi-square test, independent t-test, paired t-test and multivariate analysis of covariance.

Findings Despite the relative improvement, there was no significant differences between the mean scores of spirituality, stress, anxiety and depression in the two groups after the intervention ($p > 0.05$), but the mean score of component of spiritual needs had significant increase in experimental group after the intervention compared to before intervention ($p = 0.043$).

Conclusions Despite the lack of significant effect of spirituality-based educational intervention on increasing spirituality and reducing stress, anxiety and depression in student health ambassadors, but because the changes occurred in the group of healthy adolescents (physically and mentally), it considerable.

Keywords Stress; Anxiety; Depression; Spirituality; Adolescent

CITATION LINKS

[1] The effect of the holy Quran ... [2] Stress and predicting factors ... [3] The effect of emotional intelligence ... [4] The relationship between depression ... [5] The psychological distress profile of ... [6] Relationship of anxiety, stress ... [7] Student-life stress level and its related ... [8] Study of environmental stress frequency ... [9] Effects of progressive muscle relaxation ... [10] Evaluation of anxiety and perceived ... [11] The effect of neurofeedback training ... [12] Relationship between anxiety and ... [13] Effect of an integrated cognitive-behavioral ... [14] The effect of group cognitive-behavior ... [15] The relationship between life skills ... [16] The relationship between hemodialysis ... [17] The role of spiritual well-being and ... [18] Relationship between religious orientation ... [19] Prediction of body image dissatisfaction ... [20] Spiritual health-an essential element ... [21] The moderating role of spirituality ... [22] A systematic review of recent research ... [23] Adolescent spirituality and resilience ... [24] The impact of teaching Gnosticism ... [25] Determining the Effectiveness of Spiritual ... [26] The relationship between spiritual ... [27] The relationship between spiritual well-being ... [28] The relationship between spiritual health ... [29] Spiritual health status and its relationship ... [30] Psychometric Properties of depression ... [31] A preliminary validation of ... [32] The effectiveness of natural daylight ... [33] The association of adherencr ... [34] Perceptions, enablers and nurturers related ... [35] The effect of spiritual education on ... [36] The effectiveness of an educational model base ... [37] Relationship of spirituality and quality of life in ... [38] Religiosity, happiness, health, and ... [39] Relational spirituality and depression in ... [40] The relationship between spirituality and ... [41] The relationship between religious belief ...

¹Department of Health Education & Promotion, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

²Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

*Correspondence

Address: Health Education & Promotion, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Nasr, Jalal Ale Ahmad, Tehran, Iran.
Phone: +98 (21) 82884506
Fax: -
aminsh_f@modares.ac.ir

Article History

Received: November 05, 2019
Accepted: April 26, 2020
ePublished: September 20, 2020

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت بر سلامت روان سفیران سلامت دانش‌آموزی

اعظم شریفی عارف MSc

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

محمود طاووسی PhD

مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

فرخنده امین شکروی* PhD

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

اهداف: استرس، افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین اختلالات دوران نوجوانی هستند. با توجه به وجود اسنادی مبنی بر تأثیر معنویات بر سلامت روان، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت بر سلامت روان سفیران سلامت دانش‌آموزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه نیمه‌تجربی حاضر در سال ۱۳۹۸ روی ۳۹ نفر از دانش‌آموزان دختر سفیر سلامت مدارس متوسطه اول شهر تهران شامل دو گروه آزمون (۱۸ نفر) و کنترل (۲۱ نفر) انجام شد که به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS 21) و پرسش‌نامه معنویت پارسین و دانینگ بودند. بعد از انجام پیش‌آزمون در دو گروه، مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت در گروه آزمون اجرا شد و ۴۵ روز بعد از اتمام مداخله، پس‌آزمون در دو گروه صورت گرفت. اطلاعات استخراج‌شده با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، T مستقل، T زوجی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: برخلاف بهبود نسبی، بین میانگین نمرات معنویت، استرس، اضطراب و افسردگی در دو گروه بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$)، اما میانگین نمره مولفه نیازهای معنوی در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی‌دار داشت ($p = 0.043$).

نتیجه‌گیری: با وجود عدم تأثیر معنی‌دار مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت بر افزایش معنویت و کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی در سفیران سلامت دانش‌آموزی، ولی از آنجایی که تغییرات رخ داده در گروه نوجوانان سالم (از نظر جسمی و روانی) مشاهده شده، قابل توجه است.

کلیدواژه‌ها: استرس، اضطراب، افسردگی، معنویت، نوجوان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۰۷

*نویسنده مسئول: aminsh_f@modares.ac.ir

مقدمه

استرس و فشارهای روانی از عوامل لاینفک زندگی قرن بیست‌ویکم محسوب می‌شوند و کسی نمی‌تواند اظهار کند تاکنون هیچ استرسی را تجربه نکرده است^[1]. به‌رغم وجود فشارهای روانی در تمام مراحل زندگی، مرحله نوجوانی به‌دلیل رویارویی با تغییرات همه‌جانبه جسمی، روانی و بحران هویت با فشار بیشتری برای فرد همراه است تا جایی که دوران نوجوانی، دوران استرس،

فشار روانی و طغیان شناخته می‌شود و تجربه این دوران بدون آگاهی از مهارت‌های مورد نیاز می‌تواند باعث ایجاد احساس ترس، هیجان و استرس شود^[1-3]. استرس، افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین اختلالات دوران نوجوانی هستند که با یکدیگر مرتبطند و در صورت عدم درمان به‌موقع ممکن است منجر به غیبت‌های مکرر از مدرسه، ناتوانی در اتمام تحصیلات، کاهش اعتمادبه‌نفس، مصرف مواد مخدر، اختلال در روابط بین‌فردی، اختلالات اضطرابی و افسردگی در بزرگسالی شوند^[4-7].

استرس به‌عنوان "واکنش نامشخص بدن به هر نوع تهدید و فشاری که به آن وارد می‌شود و برای فرد تحت استرس یک سندروم تطابق عمومی ایجاد می‌کند که اگر افزایش یابد موجب بیماری‌های جسمی و روانی، ناتوانی و حتی مرگ می‌شود" تعریف شده است^[2, 7, 8]. استرس عامل ۷۵٪ شکایت‌های پزشکی است که می‌تواند وضعیت تحصیلی و یادگیری دانش‌آموزان را در معرض مخاطره قرار دهد. نتایج یک مطالعه در نوجوانان ایران نشان داد که ۳۴٪ دختران و ۲۳/۷٪ پسران مشکوک به اختلال روان بودند و مطالعات متعددی نشان داده‌اند که شمار زیادی از نوجوانان از مسایل روانی رنج می‌برند، به‌طوری که ۴۰-۷۰٪ نوجوانان یک یا بیشتر از یک حادثه پراسترس را در طول نوجوانی خود تجربه می‌کنند^[2].

اضطراب یک بعد از استرس است که در پاسخ به محرک‌های داخلی و خارجی رخ می‌دهد و یکی از عمده‌ترین مشکلات جامعه بشری است که به‌عنوان بخشی از زندگی انسان و پاسخی سازش‌یافته به شمار می‌رود و شمار بسیاری با آن دست به گریبانند^[9]. اضطراب حالتی است که هر انسانی آن را در اثر تحت فشار بودن یا تنش تجربه می‌کند و یک پاسخ سازشی در برابر محرک‌ها است، اما گاهی با حوادث مکانی و زمانی تناسب ندارد و منجر به بروز علایم مخرب و هشداردهنده در انسان از جمله کاهش عزت نفس، احساس بی‌کفایتی، افسردگی، درماندگی، اختلال در یادگیری، تمرکز و یادآوری و به‌طور کلی تأثیر جدی بر زندگی روزانه فرد می‌شود^[5, 9-11]. همچنین یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در نوجوانی است که نشان داده شده ۵-۱۰٪ نوجوانان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی مواجه‌اند؛ به‌گونه‌ای که روند زندگی عادی و عملکرد روزانه آنها را مختل می‌نماید^[12, 13].

اختلال افسردگی نیز به‌عنوان یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی که مشخصه آن خلق افسرده است، با احساس غمگینی، عدم اعتمادبه‌نفس و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود تا آنجا که منجر به ازکارافتادگی قابل توجه در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی می‌شود و حتی عملکردهای روزمره همچون خوردن و خوابیدن را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد^[11, 14]. علایم افسردگی طی دوران نوجوانی شایع‌تر از سایر سنین است، به نحوی که در ۱۴سالگی به میزان دوبرابر بیشتر از سن ۱۰سالگی و از این سن تا بزرگسالی به میزان ۱۵٪ مشاهده

روان‌شناختی یا روان‌درمانی دیگر، عدم ابتلا به اختلالات روانی) و معیارهای خروج از مطالعه (شامل غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی، سابقه ابتلا به اختلالات روانی، فوت بستگان درجه یک، جد شدن پدر و مادر و سابقه حادثه استرس‌زای شدید طی ۶ ماه گذشته) وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه برومندزاده و ثانی^[25]، میانگین و انحراف معیار اضطراب قبل و بعد از مداخله آموزشی به ترتیب برابر ۲۷/۱۲±۷۳/۹۹ و ۱۷/۴۰±۱۱/۹۶ و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای دو گروه وابسته محاسبه شد^[25]. براساس اطلاعات فوق، اندازه نمونه حدود ۱۶ نفر برآورد شد که با احتساب احتمال ریزش، ۲۱ نفر در هر گروه مد نظر قرار گرفت (ضریب همبستگی در مطالعه مذکور ۰/۳ در نظر گرفته شد).

ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS 21) و پرسش‌نامه معنویت پاریسیان و دانینگ بودند:

۱- پرسش‌نامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS 21): روایی و پایایی پرسش‌نامه DASS 21 توسط نیک‌آذین و نائینیان^[30]، اصغری‌مقدم و همکاران^[31] و ایمانی و موحد^[32] مورد تایید قرار گرفته است. نیک‌آذین و نائینیان ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه DASS 21 را در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی (دبیرستانی)، با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای مقیاس اضطراب، ۰/۸۲ برای مقیاس استرس و ۰/۷۰ برای مقیاس افسردگی و همچنین ضرایب بازآزمایی ۰/۶۷ برای مقیاس اضطراب، ۰/۶۴ برای مقیاس استرس و ۰/۷۹ برای مقیاس افسردگی مورد تایید قرار دادند. پرسش‌نامه DASS 21 از ۲۱ عبارت مرتبط با علایم (عواطف منفی) افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتمادبه‌نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت‌بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده‌مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کشند تا بیش‌انگیزختگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده‌مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد^[4, 30].

این مقیاس همان فرم کوتاه DASS-42 است که در سال ۱۹۹۵ توسط لوویباند تهیه شده و دارای ۲۱ گویه چهارگزینه‌ای (هیچ، کمی، گاهی، همیشه) است که به هر یک از گزینه‌ها به ترتیب نمرات صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد و سه زیرمقیاس استرس، اضطراب و افسردگی را با ۷ گویه مجزا برای هر کدام مورد سنجش قرار می‌دهد. دامنه نمرات در هر خرده‌مقیاس از صفر تا ۲۱ بوده و نمره بالاتر نشانگر علایم شدیدتر است^[5]. از آنجایی که این فرم، فرم کوتاه‌شده DASS-42 (اصلی) است، نمرات کسب‌شده در هر خرده‌مقیاس باید دوبرابر شده و براساس جدول زیر طبقه‌بندی شود^[33] (جدول ۱).

شده است^[5]. تحقیقات انجام‌شده در کودکان و نوجوانان بیانگر شیوع افسردگی با شدت متوسط یا شدید در ۲/۳-۵/۹٪ کودکان و نوجوانان است^[15].

معنویت ممکن است به‌عنوان یک منبع اجتماعی و روان‌شناختی در مقابله با استرس و فشارهای روانی ظاهر شود؛ در واقع باورها و اعمال معنوی، فرد را در زمان رویارویی با مشکلات و فشارهای روانی توانمند کرده و قواعدی را برای هدایت فراهم و به فرد در زندگی کمک می‌کنند^[16-19]. معنویت در قالب ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط تعریف شده است^[20].

دبنام و همکاران^[21] و حسن و همکاران^[17] معنویت را مقابله‌ای موثر و عاملی محافظ در برابر استرس دانستند. وانگ و همکاران با مرور ۲۰ مقاله به ارتباط میان سطح بالاتر مذهبی‌بودن/معنویت در نوجوانان با سلامت روانی بهتر اشاره کرده‌اند^[22]؛ تا جایی که کیم و اسکوتیول در مطالعه‌ای تقویت معنویت را به‌عنوان راهکاری برای ارتقای سلامت روان در نوجوانان معرفی می‌کنند^[23]. در همین راستا /زدری‌فرد و همکاران^[24] و برومندزاده و ثانی^[25] آموزش‌هایی با محوریت معنویت را در افزایش سلامت عمومی، سلامت روان و کاهش اضطراب و افسردگی موثر دانستند.

با وجود آن که ارتباط بین سلامت روان و معنویت در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته و مشخص شده که معنویت، ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد^[26-29]، اما پرداختن به برنامه‌های آموزشی با محوریت معنویت با هدف راهکاری برای پیشگیری از مشکلات سلامت روان یا کاهش عوارض ناشی از آن در جامعه ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته؛ تا جایی که علی‌رغم اهمیت موضوع معنویت و سلامت معنوی در نوجوانان و اشاره بر موضوع سلامت معنوی در دستورالعمل اجرایی سفیران سلامت، برنامه‌های آموزشی در جهت ارتقای سطح سلامت معنوی این گروه با هدف ارتقای سطح معنویت دانش‌آموزان در مدارس اجرا نمی‌شود. با توجه به مطالب فوق، این مطالعه با هدف سنجش میزان تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سفیران سلامت طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه نیمه‌تجربی حاضر در سال ۱۳۹۸ روی دانش‌آموزان دختر سفیر سلامت مدارس متوسطه اول شهر تهران انجام شد. نمونه‌گیری با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای صورت گرفت؛ به این ترتیب که ابتدا با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان مناطق مختلف شهر به قید قرعه، یک منطقه (منطقه ۴) انتخاب و از میان مدارس متوسطه اول آن منطقه نیز به قید قرعه یک مدرسه به‌عنوان مدرسه آزمون و یک مدرسه نیز به‌عنوان کنترل انتخاب شد و سفیران سلامت این مدارس داوطلبانه و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه (شامل عدم شرکت همزمان در دوره‌های آموزشی مرتبط با معنویت، عدم استفاده از خدمات

جدول ۱) تقسیم‌بندی درجات هر یک از خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس

وضعیت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۹-۰	۷-۰	۱۴-۰
خفیف	۱۳-۱۰	۹-۸	۱۸-۱۵
متوسط	۲۰-۱۴	۱۴-۱۰	۲۵-۱۹
شدید	۴۲-۲۱	۴۲-۱۵	۴۲-۲۶

در نهایت ۴۵ روز بعد از اتمام جلسات آموزشی مجدداً میزان استرس، اضطراب و افسردگی در گروه آزمون و کنترل سنجیده شد که در گروه آزمون ۳ نفر ریزش حجم نمونه وجود داشت و در نهایت اطلاعات ۳۹ نفر (۱۸ نفر در گروه آزمون و ۲۱ نفر در گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفت.

داده‌های جمع‌آوری‌شده به کمک نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، T مستقل، T زوجی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای کیفی و کمی با هم تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$: جدول ۳).

جدول ۳) مقایسه متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای کیفی و کمی در دو گروه آزمون (۱۸ نفر) و کنترل (۲۱ نفر) قبل از مداخله (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند)

متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای	گروه آزمون	گروه کنترل	سطح معنی‌داری
• متغیرهای کمی			
میانگین سن (سال)	۱۴/۰±۴۴/۹۸	۱۳/۰±۹۰/۹۴	۰/۰۸۹*
میانگین سن پدر (سال)	۴۴/۶±۶۱/۰۰	۴۳/۵±۹۵/۳۰	۰/۷۲۰*
میانگین سن مادر (سال)	۴۰/۶±۷۲/۱۰	۳۹/۵±۷۶/۰۰	۰/۵۹۵*
• متغیرهای کیفی			
پایه			
هفتم	۵ (۲۷/۸)	۱۰ (۴۷/۶)	
هشتم	۶ (۳۳/۳)	۸ (۳۸/۱)	۰/۰۸۴**
نهم	۷ (۳۸/۹)	۳ (۱۴/۳)	
تعداد اعضای خانواده			
۳ نفر	۳ (۱۶/۷)	۳ (۱۴/۳)	
۴ نفر	۱۰ (۵۵/۶)	۱۵ (۷۱/۴)	۰/۵۶۷**
۵ نفر یا بیشتر	۵ (۲۷/۸)	۳ (۱۴/۳)	
مطالعه مذهبی			
مطالعه ندارد	۷ (۳۸/۹)	۱۱ (۵۲/۴)	
یک ساعت یا کمتر	۹ (۵۰/۰)	۷ (۳۳/۳)	۰/۶۴۷**
بیشتر از یک ساعت	۲ (۱۱/۱)	۳ (۱۴/۳)	
شرکت در فعالیت‌ها و مراسم مذهبی			
دایم و مستمر	۳ (۱۶/۷)	۱ (۴/۸)	
بعضی اوقات	۱۰ (۵۵/۶)	۱۳ (۶۱/۹)	۰/۱۹۳**
به ندرت	۵ (۲۷/۸)	۴ (۱۹/۰)	
اصلاً	۰	۳ (۱۴/۳)	
عضویت در گروه‌های مذهبی			
بله	۱۱ (۶۱/۱)	۱۱ (۵۲/۴)	۰/۵۸۸**
خیر	۷ (۳۸/۹)	۱۰ (۴۷/۶)	
مشارکت اعضای خانواده در فعالیت‌ها و مراسم مذهبی			
دایم و مستمر	۳ (۱۶/۷)	۵ (۲۳/۸)	
بعضی اوقات	۱۱ (۶۱/۱)	۹ (۴۲/۹)	۰/۶۰۱**
به ندرت	۲ (۱۱/۱)	۲ (۹/۵)	
اصلاً	۲ (۱۱/۱)	۵ (۲۳/۸)	

*آزمون T مستقل؛ **آزمون مجذور کای

دانش‌آموزان دو گروه قبل از مداخله از نظر متغیر استرس در سطح نرمال و از نظر متغیرهای اضطراب و افسردگی در سطح خفیف قرار

۲- پرسش‌نامه معنویت پاریسیان و دانینگ: پرسش‌نامه معنویت پاریسیان و دانینگ که روایی و پایایی آن توسط شهبازی و همکاران^[34] برای نوجوانان ایرانی با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و شاخص اعتبار محتوای بین ۰/۶۷ الی ۰/۸۹ مورد تایید قرار گرفته، برای سنجش میزان معنویت در گروه نمونه استفاده شد. این پرسش‌نامه که یک مقیاس خودگزارش‌دهی است در سال ۲۰۰۹ به‌منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی توسط پاریسیان و دانینگ طراحی شد و آزمودنی باید در یک طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۴) میزان مخالفت یا موافقت خود را با هر عبارت مشخص سازد. این پرسش‌نامه دارای ۲۹ عبارت بوده و در چهار حیطه خودآگاهی (۱۰ گویه)، اهمیت معنویت در زندگی (۴ گویه)، فعالیت‌های معنوی (۶ گویه) و نیازهای معنوی (۹ گویه) طراحی شده است. حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب از ۲۹ الی ۱۱۶ است که نمره بالاتر نشانگر میزان معنویت بالاتر در فرد است^[34].

پس از گردآوری اطلاعات در مرحله پیش‌آزمون، مداخله آموزشی طی ۵ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک روز در هفته توسط پژوهشگر در گروه آزمون انجام شد و سفیران سلامت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله آموزشی دریافت نکردند.

در این مداخله از بسته آموزشی مدون به‌منظور آموزش مسایل معنوی به سفیران سلامت در مقطع متوسطه که براساس نتایج پیش‌آزمون و نیز با استفاده از متون مرتبط (کتاب و بسته‌های آموزشی تهیه‌شده توسط وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و مقالات مرتبط با عنوان معنویت و سلامت معنوی) تهیه شده بود، استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲) محتوای جلسات مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت

جلسه اول	رابطه ابعاد مختلف سلامتی، مفهوم بلوغ معنوی، مفهوم بلوغ شرعی و تفاوت آن با بلوغ معنوی، تعریف معنویت
جلسه دوم	ارتقای رضایت از زندگی، ارتباط معنویت و رضایت از زندگی، مفهوم عزت نفس و رابطه آن با معنویت، عشق به محیط زیست
جلسه سوم	شیوه‌های مواجهه انسان‌های معنوی با چالش‌های زندگی، مقابله‌های معنوی و مذهبی، ذکر همچون مقابله، خودمراقبتی از نظر معنوی
جلسه چهارم	ارتباط ایمان، امید، عشق (به محیط زیست) و خود ارزشمندی (عزت نفس) با معنویت
جلسه پنجم	مفهوم بخشش، دوست‌داشتن خود و پذیرش خود، مفهوم آرامش و نگاه آرامش‌بخش، روان‌شناسی مثبت، ابعاد مختلف آن و راهکارهای رسیدن به آن، راه‌های کنارآمدن با استرس، رفتارهای مثبت و منفی در سلامت روان

در بررسی تاثیر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون، نمره پیش‌آزمون معنویت بر نمره پس‌آزمون اضطراب و افسردگی اثر داشت ($p < 0/05$; جدول ۶).

همچنین معنویت با متغیرهای استرس ($r = -0/445$; $p = 0/05$) و افسردگی ($r = -0/406$; $p = 0/05$) همبستگی معکوس و معنی‌دار داشت. افسردگی و اضطراب نیز با یکدیگر همبستگی مستقیم و معنی‌دار داشتند ($r = 0/591$; $p = 0/01$).

جدول ۶ بررسی تاثیر متغیرهای اصلی در پیش‌آزمون بر این متغیرها در پس‌آزمون

متغیرها	سطح معنی‌داری
اثر پیش‌آزمون استرس	
پس‌آزمون استرس	۰/۷۸۵
پس‌آزمون اضطراب	۰/۹۸۰
پس‌آزمون افسردگی	۰/۸۵۴
پس‌آزمون معنویت	۰/۶۳۹
اثر پیش‌آزمون اضطراب	
پس‌آزمون استرس	۰/۸۱۱
پس‌آزمون اضطراب	۰/۲۲۲
پس‌آزمون افسردگی	۰/۲۶۹
پس‌آزمون معنویت	۰/۲۸۵
اثر پیش‌آزمون افسردگی	
پس‌آزمون استرس	۰/۵۰۰
پس‌آزمون اضطراب	۰/۳۲۶
پس‌آزمون افسردگی	۰/۶۳۸
پس‌آزمون معنویت	۰/۲۸۶
اثر پیش‌آزمون معنویت	
پس‌آزمون استرس	۰/۰۸۷
پس‌آزمون اضطراب	۰/۰۴۱
پس‌آزمون افسردگی	۰/۰۴۸
پس‌آزمون معنویت	۰/۸۲۹

بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی اثر آموزش مبتنی بر معنویت بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی در سفیران سلامت دانش‌آموزی دختر متوسطه اول شهر تهران بود.

مطابق نتایج این مطالعه بین میانگین نمره کل معنویت در زندگی دانش‌آموزان تحت بررسی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد که نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات *خلیفی* و همکاران [35]، *ازدیری‌فرد* و همکاران [24]، *برومندزاده* و *ثانی* [25] و نیز *شهبازی* و همکاران [34] و *موحدی* و همکاران [36] متفاوت بود؛ *خلیفی* و همکاران در مطالعه خود با هدف بررسی تاثیر آموزش معنویت بر سلامت معنوی دانشجویان پرستاری، نشان دادند که بعد از گذشت یک ماه از مداخله آموزشی، میزان سلامت معنوی در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری ارتقا یافت [35]. *موحدی* و همکاران نیز با هدف بررسی کارایی مدل آموزشی مبتنی بر معنویت بر بهبود مولفه‌های کیفیت زندگی در دانش‌آموزان، نشان دادند که مدل یادشده باعث ارتقای سطح معنویت در دانش‌آموزان و به‌دنبال آن بهبود مولفه‌های کیفیت

داشتند. بین دو گروه از نظر میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). پس از مداخله نیز تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات دو گروه مشاهده نشد ($p > 0/05$; جدول ۴).

در مورد میانگین نمرات معنویت و مولفه‌های آن نیز قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). بعد از مداخله دو گروه آزمون و کنترل تنها در مولفه فعالیت‌های معنوی با هم تفاوت معنی‌دار داشتند ($p = 0/038$). همچنین میانگین نمره مولفه نیازهای معنوی گروه آزمون، بعد از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش معنی‌داری نشان داد ($p = 0/043$)، ولی سایر مولفه‌ها و نمره کلی معنویت تغییر معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). میانگین نمرات معنویت و مولفه‌های آن در گروه کنترل نیز بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تغییر معنی‌داری نکرد ($p > 0/05$; جدول ۵).

جدول ۴ مقایسه میانگین آماری نمرات استرس، اضطراب و افسردگی بین دو گروه، قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیرها	گروه آزمون	گروه کنترل	سطح معنی‌داری
استرس			
قبل از مداخله	۶/۳±۲۲/۸۱	۵/۳±۴۸/۰۶	۰/۵۰۲*
بعد از مداخله	۵/۳±۵۶/۲۷	۴/۲±۱۰/۹۳	۰/۱۰۵***
اضطراب			
قبل از مداخله	۴/۳±۰/۷۵	۳/۳±۴۳/۴۸	۰/۶۲۵*
بعد از مداخله	۴/۴±۲۲/۹۸	۲/۲±۱۰/۶۴	۰/۰۵۷***
افسردگی			
قبل از مداخله	۵/۵±۸۳/۲۷	۵/۴±۱۴/۴۵	۰/۶۶۰*
بعد از مداخله	۳/۴±۹۴/۰۰	۳/۳±۱۰/۱۱	۰/۳۰۸***

*آزمون T مستقل؛ ***آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

جدول ۵ مقایسه میانگین آماری نمرات معنویت و مولفه‌های آن بین دو گروه، قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیرها	گروه آزمون	گروه کنترل	سطح معنی‌داری
معنویت			
قبل از مداخله	۹۸/۹±۵۶/۴۸	۱۰۰/۸±۲۴/۹۰	۰/۵۷۱*
بعد از مداخله	۱۰۳/۶±۷۲/۴۸	۱۰۰/۱۰±۷۱/۱۶	۰/۲۸۷*
سطح معنی‌داری	۰/۰۹۴**	۰/۸۸**	-
مولفه خودآگاهی			
قبل از مداخله	۳۲/۴±۸۳/۱۰	۳۳/۴±۹۵/۳۶	۰/۴۱۷*
بعد از مداخله	۳۵/۳±۳۸/۱۴	۳۵/۴±۵۷/۵۶	۰/۸۸۷*
سطح معنی‌داری	۰/۰۶۱**	۰/۳۱۶**	-
مولفه اهمیت معنویت در زندگی			
قبل از مداخله	۱۳/۲±۳۸/۵۲	۱۴/۱±۳۸/۷۴	۰/۱۵۷*
بعد از مداخله	۱۳/۳±۲۲/۶۵	۱۳/۱±۵۲/۷۲	۰/۷۳۸*
سطح معنی‌داری	۰/۸۹۰**	۰/۱۳۱**	-
مولفه فعالیت‌های معنوی			
قبل از مداخله	۲۰/۲±۹۴/۴۱	۲۰/۲±۱۴/۰۵	۰/۲۷۰*
بعد از مداخله	۲۱/۲±۱۶/۳۰	۱۹/۲±۳۳/۹۰	۰/۰۳۸*
سطح معنی‌داری	۰/۷۹۱**	۰/۲۸۲**	-
مولفه نیازهای معنوی			
قبل از مداخله	۳۱/۲±۳۸/۹۹	۳۱/۲±۷۶/۹۹	۰/۷۰۱*
بعد از مداخله	۳۳/۱±۴۴/۸۵	۳۲/۳±۲۸/۶۲	۰/۲۲۸*
سطح معنی‌داری	۰/۰۴۳***	۰/۶۱۱**	-

*آزمون T مستقل؛ **آزمون زوجی

زندگی می‌شود^[36]. مطالعه /تذری فرد و همکاران با هدف بررسی تاثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان نشان داد که مداخله آموزشی سبب افزایش معنویت در دانش‌آموزان می‌شود^[24]. برومندزاده و ثانی^[25] نیز در مطالعه خود با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر سلامت عمومی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تبریز نشان دادند که آموزش مهارت‌های معنوی سبب افزایش سلامت عمومی و کاهش اضطراب در دانش‌آموزان می‌شود^[25]. همچنین شهبازی و همکاران هم در مطالعه‌شان با عنوان ارزشیابی آموزش مبتنی بر معنویت بر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک که گروه هدفشان نوجوانان ۱۹-۱۴ ساله دیابتی بودند، به این نتیجه رسیدند که آموزش معنویت می‌تواند باعث ارتقای سطح معنویت و مولفه‌های آن شود^[34].

در توضیح این تفاوت می‌توان گفت در مطالعه حاضر نیز گروه مورد مطالعه نوجوانان دوره اول متوسطه (۱۶-۱۳ سال) بودند که افراد حاضر در این گروه سنی چند ویژگی قابل توجه دارند: دوره نوجوانی خود را سپری می‌کنند؛ به‌علت همزمانی دوران نوجوانی با دوران بلوغ احتمالاً دچار بحران و تنش هستند و در نهایت یکی از بحران‌ها و تنش‌های دوران نوجوانی و بلوغ شکل‌گیری نیازهای معنوی در آنان و جست‌وجوی راهکاری برای پاسخ به این نیازهاست. با توجه به نکات یادشده می‌توان اهمیت معنویت و ضرورت ارایه آموزش‌هایی با محوریت معنویت در دوره نوجوانی را درک کرد؛ در واقع نوجوانان به‌علت نیازهای معنوی‌شان در این دوران نیازمند دریافت آموزش‌هایی با محوریت معنویت هستند و ارایه آموزش‌های متناسب می‌تواند سبب ارتقای سطح معنویت در آنان شود.

در این پژوهش نیز از طریق ارایه آموزش مبتنی بر معنویت میانگین نمره این متغیر در گروه آزمون به میزان ۵ نمره ارتقا یافته و این در حالی است که میانگین این متغیر در گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است. اگر چه این افزایش نمره از نظر آماری معنی‌دار نبوده، اما با توجه به این که این افزایش نمره در این مطالعه برخلاف مطالعات مذکور در گروه سنی نوجوانان سالم اتفاق افتاده که خود از نظر نیازهای معنوی دچار سردرگمی و ابهام هستند، قابل توجه است و احتمالاً می‌توان آن را به آموزش ارایه‌شده نسبت داد. در مجموع با توجه به مطالب پیش‌گفته و نتایج مطالعات فوق می‌توان گفت از طریق آموزش‌های مبتنی بر معنویت می‌توان میزان معنویت را که خود بر دیگر ابعاد سلامت نیز اثرگذار است، ارتقا بخشید. در حقیقت حفظ و ارتقای سطح معنویت می‌تواند باعث سلامت فرد در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی شود که این موضوع اهمیت معنویت و از آن مهم‌تر آموزش‌هایی با هدف ارتقای سطح معنویت را بیش از پیش به ما یادآوری می‌کند.

به علاوه نتایج نشان داد که میان میانگین نمره خودآگاهی، اهمیت معنویت در زندگی و فعالیت‌های معنوی دانش‌آموزان

تحت بررسی در رابطه با معنویت قبل و بعد از آموزش در هر دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت که نتایج به‌دست‌آمده با نتایج مطالعه‌ای که توسط شهبازی و همکاران^[34] در رابطه با بیماران مبتلا به دیابت نوع یک انجام شده بود، متفاوت است. اما مقایسه میان میانگین نمره نیازهای معنوی دانش‌آموزان تحت بررسی قبل و بعد از آموزش در دو گروه آزمون و کنترل نشان‌دهنده تاثیر مداخله آموزشی بر نیازهای معنوی دانش‌آموزان بوده است که این یافته با مطالعه شهبازی و همکاران^[34] هم‌راستا است.

در مطالعه شهبازی و همکاران^[34] مقایسه میان میانگین نمرات معنویت و ابعاد آن (خودآگاهی، اهمیت معنویت در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی) قبل و بعد از مداخله نشانگر تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت در گروه آزمون بوده است که با توجه به مطالب پیش‌گفته، به نظر می‌رسد تفاوت در معنی‌داری نتایج این مطالعه و سایر مطالعات می‌تواند به‌علت متفاوت بودن گروه‌های مورد مطالعه باشد. برای نمونه در مطالعه شهبازی و همکاران^[34] گروه مورد مطالعه، افراد بیمار و در مطالعه حاضر گروه مورد پژوهش افراد سالم بوده‌اند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، در حقیقت افراد بیمار (چه از نظر جسمی و چه از نظر روانی) به‌علت این که با یک موقعیت پرتنش که همان بیماری است مواجه هستند، ضرورت دریافت راهکاری برای ارتقای معنویت را در خود احساس کرده و در حقیقت از فاز نیازهای معنوی عبور کرده و آماده دریافت و طی کردن ادامه مسیر رشد و تکامل از نظر معنویت از طریق شناخت و اجرایی‌کردن سایر مولفه‌های معنویت هستند و شاید به همین علت است که در مطالعاتی که مداخله آموزش معنویت روی گروهی از بیماران انجام می‌شود، همان گونه که در مطالعه شهبازی و همکاران نیز به آن اشاره شده است "میانگین نمره ابعاد نیازهای معنوی و اهمیت معنویت در زندگی در گروه مداخله یا همان افراد بیمار بالا است که نشانگر آگاه‌بودن آنها درباره این دو بعد از معنویت است"^[34].

در نقطه مقابل، مطالعاتی مانند مطالعه حاضر قرار دارند که مداخله آموزش معنویت را روی گروهی از افراد سالم چه از لحاظ جسمی و چه از لحاظ روانی پیگیری می‌کنند که این دسته از افراد از آنجایی که ممکن است به‌صورت بالفعل در موقعیت پرتنشی قرار نداشته باشند، هنوز وارد مرحله نیازهای معنوی نشده‌اند و از آنجایی که احساس نیاز معنوی ندارند یا این احساس در آنها ضعیف است، ورود آنها به سایر مراحل تکامل معنوی از جمله خودآگاهی معنوی، اهمیت معنویت در زندگی و فعالیت‌های معنوی به‌صورت پتانسیلی بالقوه است که در شرایط پرتنش مانند بیماری یا مواجهه با سایر بلاها مورد استفاده قرار خواهد گرفت و نمود پیدا خواهد کرد.

در حقیقت فرد بیمار هنگامی که با بیماری‌اش مواجه می‌شود یا در شرایط سختی به‌علت بیماری قرار می‌گیرد از خودش می‌پرسد

فعالیت‌های معنوی) باشد که در بازه زمانی طولانی‌تر و شاید مداخلات آموزشی مبتنی بر معنویت طولانی‌تر، نمود بیشتر و واضح‌تری بیابد؛ چرا که با کمی توجه در نتایج این پژوهش درمی‌یابیم که سایر مولفه‌های معنویت نیز در گروه آزمون افزایش پیدا کرده‌اند و میزان افزایش میانگین نمرات سایر مولفه‌های معنویت در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بیشتر و محسوس‌تر بوده است که احتمالاً می‌توان آن را به آموزش ارایه‌شده نسبت داد. این افزایش در میانگین نمرات با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعات *برومندزاده و ثانی*^[25]، *موحدی و همکاران*^[36]، *خلیفی و همکاران*^[35] و *شهبازی و همکاران*^[34, 37] همراستا است.

مقایسه میان میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان تحت بررسی قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه آزمون و کنترل نشان داد که میانگین نمرات فوق قبل و بعد از آموزش در گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند؛ البته اگرچه با وجود معنی‌دار نبودن این تغییرات از نظر آماری، میانگین نمرات این متغیرها در هر دو گروه کاهش یافته بود که نشان‌دهنده بهبودی نسبی شرایط است. نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های *موحدی و همکاران*^[36]، *ژدری‌فرد و همکاران*^[24]، *برومندزاده و ثانی*^[25]، *عبدالخالک*^[38] و *دسروزی‌بیز و میلر*^[39] متفاوت است.

همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد *موحدی و همکاران*^[36] مداخله مبتنی بر آموزش معنویت را موجب بهبود مولفه‌های کیفیت زندگی در دانش‌آموزان، *ژدری‌فرد و همکاران*^[24] آموزش عرفان و معنویت را در افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان و *برومندزاده و ثانی*^[25] نیز آموزش مهارت‌های معنوی را بر کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان موثر دانستند. به علاوه *عبدالخالک* هم در بررسی خود معنویت را با شادمانی، سلامت روانی و سلامت جسمی مرتبط دانسته و به ارتباط منفی میان معنویت و اضطراب و افسردگی اشاره کرده است^[38]. *دسروزی‌بیز و میلر* نیز به ارتباط منفی میان عملکرد معنوی روزانه، بخشش و مقابله مذهبی با افسردگی به‌ویژه در دختران اشاره کردند^[39].

در خصوص سبب‌شناسی نتایج مطالعه حاضر باید گفت، با مرور مراحل اجرای پژوهش و مقایسه آن با سایر پژوهش‌های مشابه چند نکته جالب توجه و تامل به ذهن متبادر می‌شود؛ نکته اول این که هدف از این پژوهش کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی در نوجوانانی که از نظر این سه متغیر در حیطه غیرطبیعی قرار گرفته‌اند یا پیشگیری از این مشکلات و عوارض ناشی از آن در آینده نوجوانانی بود که از نظر این سه متغیر در حیطه نرمال قرار دارند و از آنجایی که گروه مورد مطالعه در این پژوهش از نظر این سه متغیر در حیطه نرمال یا خفیف قرار داشتند طبیعی است که تمرکز مطالعه بر هدف دوم یعنی پیشگیری از این مشکلات و عوارض ناشی از آن در آینده این

"چرا من؟" و اینجاست که مولفه نیازهای معنوی در فرد بیمار شکل گرفته و با گذر زمان نیرومندتر می‌شود و فرد را در انتظار راه حلی برای تطابق و پاسخگویی به سئوالاتش می‌گذارد. هنگامی که فرد نسبت به معنویت آگاهی پیدا می‌کند، معنویت در زندگی‌اش اهمیت پیدا کرده و به‌دنبال انجام فعالیت‌های معنوی رفته و در نهایت بعد معنوی وی ارتقا می‌یابد و به او کمک می‌کند تا با مساله بیمار بودن خودش تطابق یافته، به چاره‌های پاسخ دهد و از لحاظ روانی نیز ارتقا یابد و از طریق رشد و ارتقای انرژی، امید کافی برای مواجهه با بیماری را بیابد. اما فردی که سالم است شاید هنوز احساس نیاز مبرمی در خود برای دریافت راهکارهایی با هدف ارتقای معنویت نمی‌کند و با چالش و تنش جدی و طولانی‌مدتی در زندگی مواجه نیست که انگیزه و احساس نیاز کافی برای اجرایی‌کردن آموخته‌هایش در حیطه معنویت را فراهم کند.

به همین علت شاید بتوان ادعا کرد که تغییر آماری معنی‌دار در حیطه نیازهای معنوی و تغییر آماری قابل توجه در حیطه خودآگاهی معنوی (برخلاف معنی‌دار نبودن از نظر آماری) در افراد سالم و در حیطه طبیعی، خود زمینه‌ساز و شاید گام نخست ارتقای سایر مولفه‌های معنویت باشد که هم‌جهت با ارتقای سطح کلی معنویت افراد و پیرو آن سایر سطوح سلامت در فرد است.

در همین راستا می‌توان به مطالعاتی که جامعه مورد پژوهش خود را از میان افراد بیمار یا غیرطبیعی انتخاب کرده‌اند، اشاره کرد که معنویت در بهبود وضعیت یا بیماری آنها موثر بوده است. *برومندزاده و ثانی*^[25] آموزش مهارت‌های معنوی را بر کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی در دانش‌آموزانی که بیشترین نمره را در اضطراب و اختلال در سلامت عمومی داشتند، موثر دانستند^[25]. *موحدی و همکاران* مداخله مبتنی بر آموزش معنویت را موجب بهبود مولفه‌های کیفیت زندگی در دانش‌آموزانی که با توجه به نقاط برش در سطح نامطلوبی قرار داشتند، دانستند^[36]. *ژدری‌فرد و همکاران* نیز نشان دادند که آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزانی که بیشترین نمره را در اختلال سلامت روان کسب کرده‌اند، تأثیر دارد^[24]. *شهبازی و همکاران* نیز مطالعه‌ای روی ۱۴۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو انجام دادند که در نتیجه آن میان معنویت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارتباط معنی‌دار وجود داشت^[37]. مطالعه دیگری که توسط *شهبازی و همکاران* در گروهی از نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد نیز موید ارتباط میان آموزش مبتنی بر معنویت بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک بود^[34].

در مطالعه حاضر نیز اگرچه از نظر آماری فقط افزایش میانگین نمره نیازهای معنوی معنی‌دار بوده است، اما این افزایش در میانگین نمره نیازهای معنوی شاید خود زمینه‌ساز افزایش سایر مولفه‌های معنویت (خودآگاهی، اهمیت معنویت در زندگی و

نوجوانان قرار گرفت. دومین نکته این که افراد مورد مطالعه در این پژوهش از میان افرادی انتخاب شدند که به نظر می‌رسد از نظر سلامت روان در حیطه طبیعی قرار گرفته‌اند و احتمال افزایش میزان سلامت روانی و کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی در افرادی که از نظر این متغیرها در حیطه طبیعی قرار گرفته‌اند، امری است که به نظر به‌سختی محقق می‌شود. شاید اگر افراد مورد مطالعه از نظر سلامت روان در حیطه‌ای پایین‌تر از حدود طبیعی قرار داشتند، تغییرات ناشی از مداخله محسوس‌تر و واضح‌تر به چشم می‌آمد؛ و نکته آخر این که انجام اجباری برنامه مداخلاتی در زمان مقرر و تعیین‌شده از سوی این وزارت‌خانه به‌ویژه در خصوص طرح‌هایی که جنبه‌های روانی افراد را مد نظر دارد می‌تواند بر روند مطالعات تاثیرگذار باشد، امری که در این پژوهش نیز موجب تحت‌الشعاع قرارگرفتن احتمالی نتایج مداخله شد. همزمانی برگزاری مداخله آموزشی با فصل امتحانات دانش‌آموزان، مساله‌ای است که نمی‌توان تاثیر آن را بر نتایج انکار کرد. تفکیک میزان کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در اثر آموزش، از میزان کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در اثر تمام فصل امتحانات، آزمون را غیرممکن ساخت که خود می‌تواند به‌عنوان متغیر مخدوش‌کننده‌ای که اثر آموزش را کم‌رنگ‌تر جلوه داده است، جالب توجه باشد؛ اگرچه این تاثیر قاعداً بر هر دو گروه متصور بوده است و این می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه باشد.

دیگر این که، براساس نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش میان معنویت با استرس و افسردگی همبستگی غیرمستقیم و معنی‌دار وجود داشت. برای توضیح می‌توان گفت، یکی از ابعاد سلامتی که با توجه به نتایج پژوهش‌ها با معنویت در ارتباط است، حیطه سلامت روان است. در بسیاری از مطالعات به وجود رابطه میان معنویت و سلامت روان و حتی نقش پیشگویی‌کننده معنویت در مولفه‌های مختلف سلامت روان اشاره شده و بیان شده که "استرس واکنشی است که فرد در برابر فشارهای خارجی یا شرایط نامناسب انجام می‌دهد و اضطراب، یکی از عوارض شایع آن است" [4]. در حقیقت می‌توان گفت زمانی که استرس در فرد طولانی‌مدت شود، عارضه آن یعنی اضطراب بروز پیدا می‌کند. بنابراین برای کاهش میزان استرس و اضطراب نیز بایستی در مرحله اول به سراغ استرس رفته و میزان آن را در فرد کاهش داد تا در نهایت به نتیجه طولانی‌مدت آن یعنی کاهش شایع‌ترین عارضه آن که همان اضطراب است، رسید.

در این پژوهش از آنجایی که نتایج به‌دست‌آمده براساس پس‌آزمون ۱/۵ ماهه (کوتاه‌مدت) صورت گرفته، طبیعی است که همبستگی و ارتباط معنی‌دار میان معنویت و استرس وجود داشته باشد و همبستگی و ارتباط میان معنویت و اضطراب در پس‌آزمون‌های طولانی‌تر نمود پیدا کند، زیرا همان طور که اشاره شد اضطراب از عوارض استرس است که افزایش و کاهش آن به‌دنبال افزایش و کاهش استرس اما در بازه زمانی طولانی‌تر نسبت به استرس

صورت می‌پذیرد.

از طرفی در این پژوهش مشخص شد که میان معنویت و افسردگی همبستگی منفی و معنی‌دار وجود دارد که در توضیح آن می‌توان گفت، ویژگی‌های افراد معنوی با ویژگی‌های افراد افسرده در تضادند، چرا که فرد افسرده با کاهش ارتباط با دیگران و محیط مواجه است؛ در حالی که در تعریف معنویت به ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط اشاره شده است. بنابراین همان طور که از تعریف اولیه معنویت نیز برمی‌آید معنویت با افسردگی در رابطه منفی است که نتایج این مطالعه نیز بر آن تاکید دارد و نتایج مطالعات محمودوند [40]، حسن و همکاران [17]، فیروزی و همکاران [41]، وانگ و همکاران [22]، کیم و اسکوتیل [23]، عبدالخالک [38] و دسروزی‌بیرز و میلر [39] نیز موید آن است؛ به این صورت که در بررسی محمودوند به نقش پیشگویی‌کننده معنویت در سلامت روان اشاره شده [40] و حسن و همکاران رشد معنویت را به‌عنوان مقابله‌ای موثر و عاملی محافظ در برابر استرس می‌دانند [17]. در پژوهش فیروزی و همکاران نیز یافته‌ها نشان داد که دینداری و پایبندی به اصول مذهبی می‌تواند از عوامل مثبت تاثیرگذار بر جنبه‌های مختلف روانی و جسمانی دانش‌آموزان باشد [41]. به علاوه کیم و اسکوتیل در مطالعه خود تقویت معنویت را به‌عنوان راهکاری برای ارتقای سلامت روان در نوجوانان در نظر گرفتند [23]. همچنین وانگ و همکاران هم با مرور ۲۰ مقاله به ارتباط میان سطح بالاتر مذهبی‌بودن/معنویت در نوجوانان با سلامت روانی بهتر اشاره کرده‌اند [22]. عبدالخالک نیز معنویت را با شادمانی، سلامت روانی و سلامت جسمی مرتبط دانسته و به ارتباط منفی میان معنویت و اضطراب و افسردگی اشاره کرده است [38]. دسروزی‌بیرز و میلر به ارتباط منفی میان عملکرد معنوی روزانه، بخشش و مقابله مذهبی با افسردگی به‌ویژه در دختران اشاره کردند [39].

در نهایت براساس نتایج آزمون اثرات بین متغیرها، معنویت پیش‌آزمون بر نمره اضطراب و افسردگی پس‌آزمون اثر داشته که توجه پژوهشگر را به این نکته معطوف کرد که شاید بتوان گفت برای بهبود متغیرهایی مثل استرس، اضطراب و افسردگی تنها متغیر معنویت نمی‌تواند اثرگذار باشد و لازم است متغیرهای دیگری نیز در این معادله شرکت داده شوند. به عبارت دیگر مداخلات آموزشی تک‌بعدی که صرفاً بر تغییرات درونی دانش‌آموز متمرکز است بدون درنظرگرفتن نقش عوامل محیطی مانند نقش خانواده، دوستان، اولیای مدرسه، رسانه‌ها، فضاهای مجازی، هر گونه تداخل با سایر شرایط استرس‌زا مانند فصل امتحانات و غیره شاید نتواند باعث بهبود وضعیت روانی فرد شود و بهره‌گیری از مداخلات چندبعدی که روی فرد، عوامل محیطی و حتی جامعه متمرکز است برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در گروه سفیران سلامت با رفع موانع و مشکلات موجود در این پژوهش با هدف روشن‌ترشدن و

- Mashhad in year 2011-2012. *Toloo-e Behdasht*. 2015;13(5):56-67. [Persian]
- 5- Atadokht A, Daneshvar S, Fathi Gilarlou M, Soleimani I. The psychological distress profile of mothers and adolescents' depression, anxiety and stress in Ardabil in 2014. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015;14(7):549-60. [Persian]
- 6- Ghanbari Afra L, Zaheri A. Relationship of anxiety, stress, and depression with spiritual health in patients with acute coronary artery disease. *J Educ Community Health*. 2017;4(2):28-34. [Persian]
- 7- Nikanjam R, Barati M, Bashirian S, Babamiri M, Fattahi A, Soltanian A. Student-life stress level and its related factors among medical students of Hamadan University of Medical Sciences in 2015. *J Educ Community Health*. 2016;2(4):57-64. [Persian]
- 8- Salehi B, Rouhafza HR, Kelishadi R, Doreh F. Study of environmental stress frequency and intensity in adolescents of central area of Iran. *Arak Med Univ J*. 2004;7(2):20-7. [Persian]
- 9- Shobeiri F, Taravati-Javad M, Soltani F, Karami M. Effects of progressive muscle relaxation counseling on anxiety among primigravida women referred to health care centers in Hamadan. *J Educ Community Health*. 2015;2(2):1-9. [Persian]
- 10- Karimi N, Bahadori F, Khalkhali HR, Rabieipour S. Evaluation of anxiety and perceived stress in mothers undergoing amniocentesis. *Nurs Midwifery J*. 2017;15(4):292-300. [Persian]
- 11- Ashoori J. The effect of neurofeedback training on anxiety and depression in students with attention deficit/hyperactivity disorders. *J Educ Community Health*. 2016;2(4):41-7. [Persian]
- 12- Kheirkhah M, Mokari H, Nisani Samani L, Hosseini A. Relationship between anxiety and self-concept in female adolescents. *Iran J Nurs*. 2013;26(83):19-29. [Persian]
- 13- Zolfaghari A, Bahrami H, Ganji K. Effect of an integrated cognitive-behavioral, acceptance, and commitment intervention on generalized anxiety disorder among university students. *J Educ Community Health*. 2018;4(4):32-8. [Persian]
- 14- Rajabi G, Shamoni Ahwazi S, Amanollahi A. The effect of group cognitive-behavior therapy on depression symptoms decrease in adolescence girls. *J Educ Psychol Stud*. 2018;15(29):125-48. [Persian]
- 15- Hashemian SS, Golshiri P, Najimi A, Moazemi Goudarzi A. The relationship between life skills, psychosocial abilities and depression in teenagers. *J Nurs Educ*. 2018;6(6):41-7. [Persian]
- 16- Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. *J Clin Nurs Midwifery*. 2014;3(3):44-51. [Persian]
- 17- Hassan J, Sheykhani R, Mahmoodzadeh A, Nikroo M. The role of spiritual well-being and

پیرنگ‌ترشدن اثر مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در گروه سفیران سلامت و در هر دو جنس صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

با وجود عدم تأثیر معنی‌دار مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت بر افزایش معنویت و کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی در سفیران سلامت دانش‌آموزی، ولی از آنجایی که تغییرات رخ داده در گروه نوجوانان سالم (از نظر جسمی و روانی) مشاهده شده، قابل توجه است. همچنین با توجه به همبستگی بین معنویت با استرس و افسردگی، افزایش و ارتقای معنویت می‌تواند هر چند به میزان اندک باعث کاهش مقادیر استرس و افسردگی و پیشگیری از بروز این مشکلات و عوارض ناشی از آن در آینده این گروه سنی (نوجوانان) شود.

تشکر و قدردانی: از حمایت‌های معنوی دانشگاه تربیت مدرس و عزیزانی که در گروه بهداشت و سلامت وزارت آموزش و پرورش، ما را در به‌ثمررساندن این پژوهش یاری کردند، نهایت تقدیر و تشکر را به عمل می‌آوریم.

تأییدیه اخلاقی: این پژوهش در کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه تربیت مدرس با کد اخلاق IR.MODARES.REC.1397.175 تصویب شده است.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافعی با فرد یا سازمانی وجود ندارد.
سهم نویسندگان: اعظم شریفی عارف (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ محمود طاووسی (نویسنده دوم)، تحلیلگر آماری (۲۰٪)؛ فرخنده امین شکروی (نویسنده سوم)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۴۰٪)

منابع مالی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد/اعظم شریفی عارف دانش‌آموخته دانشگاه تربیت مدرس است.

منابع

- 1- Taghiloo S. The effect of the holy Quran reading instruction on stress reduction in the young and adolescents. *J Guilan Univ Med Sci*. 2009;18(71):72-81. [Persian]
- 2-Hizomi H, Allahverdipour H, Safaian A. Stress and predicting factors of psychological well-being among adolescents. *Toloo-e Behdasht*. 2016;15(3):78-91. [Persian]
- 3- Nouri N, Moeini B, Ghaleiha A, Faradmali J, Zareban I. The effect of emotional intelligence training based on social support theory on reducing perceived stress and promoting communication skills among male high school students in Hamadan. *J Educ Community Health*. 2017;3(4):45-51. [Persian]
- 4- Kordi M, Mohammadi Rizi S, Shakeri MT, Modarres Gharavi M, Salehi Fadardi J. The relationship between depression, anxiety, stress and health behaviors in high school girl students in

- syndrome questionnaire (DASS-21) in an example of Iranian students. In: The proceedings of the Sixth International Congress on Children and Adolescents Psychiatry; 2013 Sep 17-19; Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. [Persian]
- 31- Asghari Moghadam MA, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. A preliminary validation of the depression, anxiety and stress scales (DASS) in non-clinical sample. *J Clin Psychol Pers*. 2008;1(31):23-38. [Persian]
- 32- Imani F, Movahed K. The effectiveness of natural daylight on students' stress reduction in educational spaces. *J Technol Educ*. 2018;12(2):127-33. [Persian]
- 33- Neshatbini Tehrani A, Beyzaei B, Hekmatdoost, A., Salehpour A, Moloodi R, Rashidkhani B. The association of adherence to Mediterranean dietary pattern with depression, anxiety and psychological pressure among female in Tehran. *J Nutr Sci Food Technol*. 2016;11(2):9-18. [Persian]
- 34- Shahbazi H, Ghofranipour F, Amiri P, Rajab A. Perceptions, enablers and nurturers related to self-care behaviors in adolescent with type 1 diabetes. *Iran J Endocrinol Metab*. 2018;19(6):435-43. [Persian]
- 35- Khalifi T, Seyedfatemi N, Mardani Hamooleh M, Haghani H. The effect of spiritual education on spiritual health of nursing students: a quasi-experimental study. *Med Ethics Hist Med*. 2018;11(1):152-64. [Persian]
- 36- Movahhedi Y, Kariminezhad K, Hashemi Nosratabadi T, Movahedi M. The effectiveness of an educational model based on spirituality on improving the components of life quality in high school students. *Psychol Religion*. 2014;7(1):5-16. [Persian]
- 37- Shahbazi H, Shakerinejad G, Ghajari H, Ghofranipour F, Lotfizadeh M. Relationship of spirituality and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Iran J Endocrinol Metabol*. 2016;17(5):345-52. [Persian]
- 38- Abdel-Khalek AM. Religiosity, happiness, health, and psychopathology in a probability sample of Muslim adolescents. *Ment Health Religion Cult*. 2007;10(6):571-83.
- 39- Desrosiers A, Miller L. Relational spirituality and depression in adolescent girls. *J Clin Psychol*. 2007;63(10):1021-37.
- 40- Mahmoudvand M. The relationship between spirituality and students' mental health. In: The proceedings of the Sixth International Congress on Children and Adolescents Psychiatry; 2013 Sep 17-19; Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. [Persian]
- 41- Firouzi A, Amini M, Asghari Z, Moghimi Dehkordi B. The relationship between religious belief and mental health: a study on high school students in Dargaz, Iran, 2010-2011. *Health Dev J*. 2013;2(2):138-48. [Persian]
- coping strategies in risky behaviors of adolescents. *J Thoughts Behav Clin Psychol*. 2014;9(33):17-26. [Persian]
- 18- Jafarimanesh H, Ranjbaran M, Najafi Z, Jafarimanesh M, Alibazi A. Relationship between religious orientation and spiritual health with emotional adjustment of the hospitalized adolescents. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2015;3(1):1-11. [Persian]
- 19- Dehghani F, Attarnia M, Alavi Langroudi SK. Prediction of body image dissatisfaction based on spiritual intelligence and socio-cultural patterns in women attending gyms in Yazd. *J Educ Community Health*. 2018;4(4):49-55. [Persian]
- 20- Young EW. Spiritual health-an essential element in optimum health. *J Am Coll Health*. 1984;32(6):273-6.
- 21- Debnam KJ, Milam AJ, Mullen MM, Lacey K, Bradshaw CP. The moderating role of spirituality in the association between stress and substance use among adolescents: differences by gender. *J Youth Adolesc*. 2018;47(4):818-28.
- 22- Wong YJ, Rew L, Slaikeu KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues Ment Health Nurs*. 2006;27(2):161-83.
- 23- Kim S, Esquivel GB. Adolescent spirituality and resilience: theory, research, and educational practices. *Psychol Sch*. 2011;48(7):755-65.
- 24- Azhdarifard P, Ghazi G, Nooranipoor R. The impact of teaching Gnosticism and spirituality on students' mental health. *J Mod Thoughts Educ*. 2010;5(2):105-27. [Persian]
- 25- Broumandzadeh N, Karimi Sani P. Determining the Effectiveness of Spiritual Skills Training On General Health and Anxiety of Female High School Students in Tabriz. *J Instruct Eval*. 2015;8(31):9-23.
- 26- Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaei K. The relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015. *Nurs J Vulner*. 2015;2(2):15-28. [Persian]
- 27- Gharehboghlu Z, Adib-Hajbagheri M, Hajimohammad Hoseini M. The relationship between spiritual well-being and depression in nursing students. *Iran J Nurs*. 2016;29(103):41-50. [Persian]
- 28- Khadem H, Mozaffari MR, Yousefi A, Ganbari Hashemabad B. The relationship between spiritual health and mental health in students of Ferdowsi University of Mashhad. *Hist Med J*. 2016;7(25):33-55. [Persian]
- 29- Jafari A, Vahedian Shahroodi M. Spiritual health status and its relationship with demographic characteristics of students of Mashhad University of Medical Science. *J Educ Community Health*. 2019;6(4):223-9. [Persian]
- 30- Nikazin A, Naeinian MR. Psychometric Properties of depression, anxiety and stress