



Effectiveness of Spiritual Health on Depression and Anxiety in First-Period Secondary School Students in Razavi Khorasan Province

Liela Javadi Elim^{✉1} | Fatemeh Rasaei² | Seyed Aghil Nasimi³

1. Corresponding Author, Ph.D. in Educational Psychology, Islamic Azad University of Sabzevar, Khorasan Razavi, Iran

2. M.A. in Educational Psychology, Islamic Azad University of Sabzevar, Khorasan Razavi, Iran.

3. Associate professor Department of Theology Education, Farhangian University, Tehran, Iran.

Corresponding author's email: javadi.elmi@gmail.com

Article Information

Research Paper

Vol: 1
No: 3
P: 40-56
Received: 2025-12-29
Revised: 2026-02-29
Accepted: 2026-02-30
Published: 2026-03-01

Cite this Article:

Javadi Elmi, Liela., Rasaei, Fatemeh & Nasimi, Seyed Aghil. (2026). Effectiveness of Spiritual Health on Depression and Anxiety in First-Period Secondary School Students in Razavi Khorasan Province. *Journal of Theology and Spiritual Health* 1(3): 40-56.

Publisher: Hakim Sabzevari University

The Author(s) retain the copyright and full publishing rights



 10.22034/jtsh.2026.567896.1023

Abstract

This study was conducted to evaluate the impact of a spiritual health educational program on depression and anxiety among first-period secondary school students. Given the increasing prevalence of mental disorders among adolescents, this research aimed to investigate practical strategies for reducing symptoms of depression and anxiety through strengthening the spiritual dimensions of health.

The present study was a quasi-experimental design with a pre-test/post-test and unequal control group. The study population consisted of all first-period secondary school students in Razavi Khorasan Province during the academic year 1403 (2024–2025). Using random cluster sampling, one school was selected, and 30 students with the highest scores on depression and anxiety measures (15 in each group) were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received spiritual health education over 10 two-hour sessions spanning two months, while the control group received no intervention. Instruments included the Beck Depression Inventory (Beck, 1961) and the Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988). Data were analyzed using descriptive statistics and analysis of covariance (ANCOVA) with SPSS version 24.

The results indicated a significant difference between the two groups in depression scores ($p < 0.05$), demonstrating the positive role of the spiritual health educational program in reducing depressive symptoms. Additionally, a significant difference was observed in anxiety levels between the experimental and control groups ($p < 0.05$), confirming the effectiveness of this intervention in alleviating anxiety among students.

Spiritual health education significantly reduces depression and anxiety in first-period secondary school students. These findings can serve as a foundation for designing educational programs and psychological interventions in schools.

Keywords: Spiritual health, depression, anxiety, secondary school students

Extended Abstract

1. Problem statement

Adolescence, particularly during the early years of secondary school, represents one of the most sensitive and challenging stages of human development, characterized by extensive biological, cognitive, and social changes. Within this context, the mental health of adolescents serves as a vital national asset and a foundation for the future of society. However, global and national statistics indicate a concerning prevalence of mental disorders among teenagers; depression is recognized as one of the most disabling disorders, and anxiety is identified as a primary cause of academic and social maladjustment. Research suggests that the prevalence of psychological issues in secondary school students varies between 15% and 25%. These disorders not only threaten the quality of life and academic performance of students but can also serve as a breeding ground for chronic problems in adulthood. In response to these challenges, traditional treatment approaches have often focused on pharmacological interventions or cognitive-behavioral psychotherapies. However, in recent decades, researchers' attention has shifted toward the fourth dimension of health: "spiritual health." From a theoretical perspective, spiritual health—which encompasses a harmonious relationship between the individual, the self, others, nature, and a higher power—can act as a defensive shield against stress by fostering a sense of purpose, meaning, and resilience. Theories such as Viktor Frankl's "Logotherapy" and Pargament's "Spiritual Coping" explain how the inability to find meaning leads to an existential void and ultimately depression, whereas religious and spiritual beliefs can reduce psychological burden by reinterpreting stressful events. Given that most previous studies have focused on adults and considering the rich spiritual-Islamic culture of Iran, investigating the effectiveness of spiritual health-based interventions in female first-period secondary school students is both a necessary and innovative endeavor. The present study was formulated to answer this fundamental question: Can the implementation of a structured spiritual health educational program significantly reduce levels of depression and anxiety in female first-period secondary school students?

2. Method

This research is applied in purpose and quasi-experimental in nature, utilizing a pre-test-post-test design with an unequal control group. The statistical population of the study included all female first-period secondary school students in the academic year 1403 (2024-2025) in Razavi Khorasan Province. To select the sample, random cluster sampling was employed. One school was selected from among the target schools, and after administering screening questionnaires, 30 students with the highest scores for depression and anxiety were selected. Participants were randomly assigned to two groups: experimental (15 participants) and control (15 participants). Inclusion criteria included being female, studying in grades 7 to 9, and willingness to participate. Measurement instruments included the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Beck Anxiety Inventory (BAI), both of which have confirmed validity and reliability within the Iranian population. The experimental group received a spiritual health education intervention over 10 two-hour sessions spanning two months (one session per week). The educational content was designed based on localized models and the psychology of religion literature, structured around four main dimensions: connection with God (trust, prayer, supplication), connection with self (self-awareness, purposefulness), connection with others (forgiveness, maintaining family ties), and connection with nature/the world. Sessions were conducted interactively using teaching methods such as group discussions, parables, and practical exercises (including meditation and spiritual journaling). The control group received no intervention during this period. At the end of the educational course, both groups were reassessed in the post-test phase. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Analysis of Covariance or ANCOVA) using SPSS version 24 software. To verify the assumptions of ANCOVA, the Shapiro-Wilk test (for normality) and Levene's test (for homogeneity of variances) were utilized, and all assumptions were confirmed.

3. Findings and Results

The results of the data analysis indicated that the distribution of scores for the dependent variables was normal in both groups and that variances were homogeneous. The results derived from the Analysis of Covariance (ANCOVA), after controlling for the pre-test effect, demonstrated a significant difference between the experimental and control groups in both studied variables. Regarding depression, the adjusted mean post-test score in the experimental group (36.65) was significantly lower than that of the control group (43.31). The F-value was calculated at 8.62 with a significance level less than 0.01, indicating the high effectiveness of the intervention. Furthermore, the effect size (Eta Squared) for depression was found to be 0.44, suggesting that 44% of the variance in changes in depression scores could be attributed to participation in the spiritual health education program. Similar results were obtained for the anxiety variable. The adjusted mean anxiety score in the experimental group (25.31) showed a significant decrease compared to the control group (32.23) ($F=9.13$, $P<0.005$). The effect size for anxiety was reported at 0.35, indicating that 35% of the changes in students' anxiety could be ascribed to this intervention. Overall, descriptive findings also revealed that while no significant changes were observed in the control group, a substantial reduction in symptoms of depression and anxiety was observed in the experimental group.

4. Conclusion

The findings of this research confirm that spiritual health education can function as an efficient and effective intervention in reducing depression and anxiety among female first-period secondary school students. These results are consistent with numerous domestic and international studies that have reported an inverse relationship between spirituality and psychological disorders. The mechanisms of this intervention's impact can be examined across several dimensions: First, strengthening the connection with God and practices such as prayer and trust (Tawakkul) helps teenagers experience a sense of support and reliance on a higher power when facing problems, which directly reduces anxiety stemming from uncertainty. Second, focusing on self-awareness and purposefulness assists students in reaching a deeper understanding of life beyond daily issues and academic pressures, which is associated with reduced feelings of emptiness and related depression. Third, relational components such as forgiveness and maintaining family ties contribute to mental health by improving interpersonal relationships and reducing feelings of loneliness. From a theoretical standpoint, these findings support Frankl's theory regarding the necessity of finding meaning for mental health. Moreover, the results demonstrated that this intervention can be utilized as a complementary and cost-effective treatment within schools. Given that adolescence is a period of identity formation, integrating spiritual education into the school curriculum can play a preventive role against social and psychological harms. It is recommended that future research be conducted with larger samples, long-term follow-ups, and on male students to further examine the generalizability of the findings. Ultimately, this study emphasizes that attention to the spiritual dimension of the human being is not only compatible with the indigenous culture of Iranian society but also represents a scientific strategy for raising a healthy, vibrant, and resilient generation.

5. Acknowledgement & Funding

- The manuscript did not receive a grant from any organization.

6. Conflict of Interest

- The authors declare no conflict of interest.

7. Author contribution

All authors share equal responsibility for the content of this paper.

1. Leila Javadi Elmi; Email: lielajavadielmi@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9790-7594>

2. Fateme Rasayi; Email: rasayi062@gmail.com

3. Seyed Aghil Nasimi; Email: mailto:sa.nasimi@cfu.ac.ir; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7873-2269>

References

- Bazargan et al. (2023). Prevalence of depression among Iranian children and adolescents: An updated systematic review and meta-analysis. *Health Science Reports*, 6(10), e1584.
- Aggarwal et al. (2023). Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 29.
- Koenig (2012). *Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications*. ISRN Psychiatry.
- Pargament (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.



اثربخشی برنامه آموزشی سلامت معنوی بر افسردگی و اضطراب دانش آموزان دختر متوسطه دوره اول خراسان رضوی

لیلا جوادی علمی^۱، فاطمه رسایی^۲، سید عقیل نسیمی^۳

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی سبزوار، خراسان رضوی، ایران

۲- دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی سبزوار، خراسان رضوی، ایران

۳- استادیار، گروه آموزش الهیات، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

نویسنده مسئول: javadi.elmi@gmail.com

چکیده

این پژوهش به منظور ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی سلامت معنوی بر افسردگی و اضطراب در دانش آموزان پایه‌های متوسطه اول انجام گردید. با توجه به شیوع رو به رشد اختلالات روانی در میان نوجوانان، این پژوهش به دنبال بررسی راهبردهای عملی برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب از راه تقویت ابعاد معنوی سلامت است.

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل نابرابر بود. جامعه مورد مطالعه شامل همه دانش آموزان دوره متوسطه اول در سال تحصیلی ۱۴۰۳ است که با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، یک مدرسه انتخاب و ۳۰ دانش آموز با بالاترین نمرات افسردگی و اضطراب (۱۵ نفر در هر گروه) به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه دو ساعته به مدت ۲ ماه آموزش سلامت معنوی دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) و اضطراب بک (۱۹۸۸) بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کواریانس با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه در نمرات افسردگی بود ($p < 0.05$) که نشان‌دهنده نقش مثبت برنامه آموزشی سلامت معنوی در کاهش علائم افسردگی است. همچنین، تفاوت معناداری در سطوح اضطراب بین گروه آزمایشی و گواه مشاهده شد ($p < 0.05$) که مؤید اثربخشی این مداخله در کاهش اضطراب دانش آموزان بود. آموزش سلامت معنوی به طور معناداری بر کاهش افسردگی و اضطراب در دانش آموزان متوسطه دوره اول مؤثر است. این یافته‌ها می‌توانند به عنوان مبنایی برای طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی در مدارس مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، افسردگی، اضطراب، دانش آموزان

اطلاعات مقاله

مقاله پژوهشی

دوره: ۱

شماره: ۳

صفحه: ۴۰-۵۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۱۱

نحوه ارجاع به این مقاله:

جوادی علمی، لیلا، رسایی، فاطمه و نسیمی، سید عقیل. (۱۴۰۴). طراحی و اعتباریابی مقیاس سنجش سلامت معنوی برای دانش آموزان ابتدایی. *الهیات و سلامت معنوی*، ۳(۳): ۴۰-۵۶.

ناشر: دانشگاه حکیم سبزواری



نویسنده(گان) حق نشر و حقوق انتشار کامل را حفظ می‌کنند.



10.22034/jtsh.2026.567896.1023

۱- مقدمه

در میان طیف وسیعی از چالش‌های روان‌شناختی، افسردگی به عنوان یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات شناخته می‌شود (زارعی، ۲۰۲۲). این اختلال امروزه در سطح جهانی، لقب «عصر افسردگی» را به دوران کنونی بخشیده است. افسردگی در سنین نوجوانی نه تنها عملکرد روزمره را مختل می‌کند، بلکه پیامدهای منفی گسترده‌ای در حوزه‌های تحصیلی، روابط اجتماعی و سلامت جسمانی دارد. علائم کلیدی آن، شامل غم پایدار، احساس بی‌ارزشی و کاهش عزت‌نفس است که اغلب به کاهش انگیزه تحصیلی و انزوای اجتماعی منجر می‌شود (طهماسیان و اناری، ۲۰۱۹). در کنار افسردگی، اختلالات اضطرابی نیز فراوانی بالایی دارند و می‌توانند ریشه بسیاری از ناسازگاری‌ها باشند (سومر و گلدنر، ۲۰۰۶). اضطراب بیش از حد، به ویژه در فعالیتهای نیازمند تمرکز، عملکرد شناختی و تحصیلی دانش‌آموزان را به شدت تضعیف می‌کند (کمالی ایگلی، ۱۳۹۰). نوجوانان در مسیر تکامل خود با سطوح مختلفی از نگرانی و تنش روبه‌رو هستند که گاهی این حالات به قدری شدید می‌شوند که روند عادی زندگی، درس و روابطشان را با اختلال جدی مواجه می‌کند (ابوالقاسمی و سعیدی، ۱۳۹۱). افسردگی و اضطراب می‌تواند تأثیرات منفی بر عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و سلامت کلی دانش‌آموزان داشته باشند (Eisenberg et al., 2009).

اهمیت این مسئله در کشور ما دوچندان است؛ زیرا طبق آمار رسمی، حدود یک‌سوم جمعیت کشور را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند و سلامت روان آن‌ها سرمایه‌ای ملی است (ضغیمی محمدی، ۱۳۹۰). بر اساس گزارش‌های پایش سلامت روان در مدارس، درصد قابل توجهی از دانش‌آموزان دوره متوسطه اول با علائم اختلالات روانی دست و پنجه نرم می‌کنند؛ به طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهند شیوع مشکلات روانی در این گروه سنی بین ۱۵ تا ۲۵ درصد متغیر است (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۸؛ WHO, 2025; Moharreri et al., 2019). (این وضعیت می‌تواند ناشی از فشارهای تحصیلی، تغییرات هورمونی و چالش‌های خانوادگی باشد (Thapar et al., 2012).

در پاسخ به این چالش‌ها، رویکردهای مبتنی بر معنویت به عنوان منبعی قدرتمند برای تقویت تاب‌آوری مطرح شده‌اند (روهیم و گرین‌برگ، ۲۰۰۷). از منظر نظری، «نظریه معنادرمانی» و «ویکتور فرانکل» و «نظریه انطباق معنوی» پارگامنت، می‌تواند به عنوان مبنای تبیین رابطه میان معنویت و سلامت روان، توجیه‌گر این قضیه باشد. فرانکل معتقد است که انسان ذاتاً به دنبال معناست و ناتوانی در یافتن معنا، منجر به «خلأ معنوی» و در نهایت بروز افسردگی و اضطراب می‌شود (Frankl, 2006). در این دیدگاه، سلامت معنوی با ایجاد «حس هدفمندی» به فرد کمک می‌کند تا رنج‌ها را تحمل کرده و آن‌ها را به موفقیت تبدیل کند. از سوی دیگر، پارگامنت مفهوم «تقویت معنوی» را مطرح می‌کند؛ به این معنا که باورهای دینی و معنوی می‌توانند به عنوان یک سیستم معناداری عمل کنند که به فرد در تفسیر مجدد رویدادهای استرس‌زا و کاهش اضطراب ناشی از عدم قطعیت کمک می‌کنند (Pargament, 1997). معنویت با فعال‌سازی مکانیسم‌های مقابله‌ای مبتنی بر معنا (مانند سپردن امر به خدا و دعا)، بار روانی ناشی از استرس‌های محیطی را تعدیل کرده و از طریق تقویت امید و خودکارآمدی، مستقیماً با علائم افسردگی و اضطراب مقابله می‌کند، شدت آن‌ها را کاهش می‌دهد و به بهبود کلی سلامت روان کمک می‌نماید. باورهای دینی و ابعاد معنوی، ساختارهایی ارائه می‌دهند که افراد از طریق آن‌ها می‌توانند به درک عمیق‌تری از هدف و ارزش زندگی خود دست یابند (وست، ۲۰۰۱). به همین علت، معنویت یکی از قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده امیدواری و حفظ تعادل روانی شناخته می‌شود (دیویس، ۲۰۰۵)؛ لذا در گروه سنی نوجوانان، معنویت به عنوان یکی از مکانیسم‌های اصلی مقابله و سازگاری عمل می‌کند (رسولی، یغمایی، علوی و زاکریان، ۲۰۰۹).

شواهد تجربی گسترده‌ای در سطح جهانی از این نظریه‌ها حمایت می‌کنند. پژوهش‌های بین‌المللی نشان داده‌اند که نوجوانانی که ابعاد معنوی قوی‌تری دارند، سطوح پایین‌تری از افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (Koenig, 2015; Dew et al., 2010). همچنین مطالعات متعددی اثربخشی مداخلات معنویت‌محور را بر کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی تأیید کرده‌اند (Lucchetti et al., 2015). در زمینه پژوهش‌های داخلی نیز یافته‌های مشابهی

گزارش شده است. مطالعه باقری و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که سلامت معنوی پیش‌بینی‌کننده قوی برای سلامت عمومی و کاهش علائم روان‌شناختی در دانش‌آموزان است. محمدی و همکاران (۱۳۹۳) به رابطه معکوس و معنادار میان مؤلفه‌های معنویت و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان ایرانی اشاره کردند. علاوه بر این، سامانی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت‌های معنوی باعث کاهش معنادار افسردگی و افزایش سازگاری اجتماعی می‌شود. شریفی و ابراهیمی‌قوام (۱۳۹۶) نیز اثربخشی مداخلات مبتنی بر ارزش‌های دینی-معنوی را بر کاهش استرس و بهبود عملکرد تحصیلی تأیید کرده‌اند.

با توجه به این‌که نوجوانی دوره حساس کشف هویت و جست‌وجوی معنا و تعیین جهت‌گیری‌های اساسی هستند (جیمز، ۱۹۹۷)، نادیده گرفتن بُعد معنوی در مداخلات مدرسه‌ای، خلأ جدی در تربیت آن‌ها ایجاد می‌کند. اگرچه درمان‌های دارویی و شناختی-رفتاری جایگاه خود را دارند؛ اما رویکردهای معنویت‌محور با هدف‌گیری لایه‌های عمیق‌تر شخصیت (مانند ارزش‌ها و هدف زندگی)، می‌توانند به عنوان مکملی کارآمد عمل کنند (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸). در این دوره، توانایی‌هایی نظیر تصمیم‌گیری مستقل، دستیابی به آرامش درونی، افزایش خودآگاهی و شکل‌گیری روابط اخلاقی-اجتماعی سالم، نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (جیمز، ۱۹۹۷). تقویت این ابعاد از طریق آموزش‌های معنوی می‌تواند به نوجوانان یاری رساند تا دیدگاه روشن‌تری نسبت به زندگی پیدا کنند، انتخاب‌های عاقلانه‌تری داشته باشند و ارتباطات عمیق‌تر و انسانی‌تری با اطرافیان برقرار نمایند؛ نتیجه‌ای که در نهایت به ایجاد نگرشی مثبت و سازنده نسبت به خود و جهان اطراف منجر می‌شود (پارگامنت، ۲۰۰۷). با توجه به این‌که بیشتر تحقیقات پیشین بر بزرگسالان یا دانشجویان متمرکز بوده‌اند، پژوهش حاضر با تمرکز بر دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول، به دنبال بررسی علمی این مسئله است که آیا اجرای برنامه آموزشی سلامت معنوی می‌تواند به‌طور معناداری سطوح افسردگی و اضطراب را در این گروه سنی کاهش دهد؟

با توجه به روند رو به رشد افسردگی و اضطراب در نوجوانان، بهره‌گیری از برنامه‌های آموزشی سلامت معنوی می‌تواند نقش پیش‌گیرانه قوی ایفا کند و از تبدیل این مسائل به مشکلات مزمن جلوگیری نماید. تقویت حس هدفمندی و معنا از طریق رویکردهای معنوی می‌تواند انگیزش درونی و توانایی تمرکز را ارتقا دهد و به پیشرفت تحصیلی کمک کند. (طهماسیان و اناری، ۲۰۱۹). گنجاندن ابعاد سلامت معنوی در نظام آموزشی مدارس، می‌تواند به خلق مدلی همه‌جانبه برای پرورش نسل جوان منجر شود. این تحقیق می‌تواند به شناسایی رابطه بین سلامت معنوی و مشکلات روانی در دانش‌آموزان کمک کند و راهکارهایی برای معلمان، مشاوران و والدین ارائه دهد. نادیده گرفتن این مسئله می‌تواند عواقب جدی برای آینده دانش‌آموزان داشته باشد (Roe et al., 2013).

سؤال محوری پژوهش: آیا اجرای برنامه آموزشی سلامت معنوی می‌تواند به‌طور معناداری سطوح افسردگی و اضطراب را در دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه کاهش دهد؟

۲- مواد و روش

پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر است. در ابتدا از هر دو گروه کنترل و آزمایش به منظور پیش‌آزمون، دو پرسشنامه افسردگی بک-۲ (۱۹۶۱) و پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI) (۱۹۸۸) برگزارش شد و سپس بر روی گروه آزمایش متغیر مستقل که روش آموزش سلامت معنوی است، در طی ۱۰ جلسه دو ساعته به مدت دو ماه ۲ ماه برگزار شد و در انتهای آزمایش دو پرسشنامه مجدد به منظور سنجش به هر دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان متوسطه دوره اول

^۱ پرسشنامه اضطراب بک (BAI): این پرسشنامه ۲۱ گویه‌ای علائم اضطراب مانند لرزش، تعریق، ترس از بدترین اتفاق افتادن و تپش قلب را ارزیابی می‌کند. روایی سازه این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شده است. مطالعات هنجاریابی در ایران نشان داده‌اند که پایایی این ابزار در نمونه‌های دانش‌آموزی بالای ۸۰/۰ است که بیانگر ثبات و اعتبار مناسب آن برای سنجش اضطراب در این گروه سنی است (کبیری و همکاران، ۱۳۹۸).

در سال ۱۴۰۳ بود. در این پژوهش، نمونه به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی است و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به گروه آزمایش، آموزش سلامت معنوی داده شد و به گروه کنترل آموزش داده نشد؛ سپس دو گروه با هم مقایسه شدند. به منظور اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون از دو پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

• پرسشنامه افسردگی

پرسشنامه افسردگی بک -۲ از نوع آزمون‌های خود گزارشی هستند و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در کل از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی چون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی تخصیص یافته است. از این رو این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط، ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید.

• پرسشنامه اضطراب

آیرون بک و همکاران وی پرسشنامه اضطراب بک (BAI)^۱ را ساخته و معرفی کرده‌اند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این پرسشنامه به صورت خودگزارشی است و برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است. طبق مطالعات انجام شده این تست اعتبار و روایی بالایی دارد و از معروف‌ترین تست‌های اضطراب است. تست اضطراب بک دارای ۲۱ سوال بوده که در هر سوال فرد باید یکی از ۴ گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب کند. ۴ گزینه سؤال‌ها در یک طیف ۴ بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. هر یک از سؤال‌ها یکی از علائم شایع اضطراب یعنی علائم بدنی، ذهنی و هراس را می‌سنجد. نمره کل این پرسشنامه در دامنه ۰ تا ۶۳ بوده و درجه اضطراب به صورت زیر است. هیچ یا کمترین حد: ۰ تا ۷، خفیف: ۸ تا ۱۵، متوسط: ۱۶ تا ۲۵، شدید: ۲۶ تا ۶۳.

• روش اجرای پژوهش

پس از کسب هماهنگی و مجوز لازم از اداره آموزش و پرورش منطقه، به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، از بین ۴ مدرسه متوسطه اول، به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، دو مدرسه دخترانه انتخاب شد و در هر مدرسه به صورت تصادفی از هر مقطع هفتم، هشتم و نهم دو کلاس انتخاب شد و از ۷۰ دانش‌آموز آزمون افسردگی و اضطراب اجرا شد. سپس تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که از نظر افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان هر مقطع اجرا شد. دانش‌آموزانی که دارای نمرات بالاتر از میانگین بودند انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شد. سپس آموزش سلامت معنوی در طی ۱۰ جلسه دو ساعته در مدت ۲ ماه، بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در پایان جلسات، مجدد هر دو پرسشنامه توسط گروه آزمایش و کنترل به منظور پس‌آزمون تکمیل شد. معیارهای ورود

^۱ Beck Anxiety Inventory، پرسشنامه افسردگی بک-(BDI-II) این پرسشنامه شامل ۲۱ آیتم است که سطوح مختلف افسردگی از جمله غم، پشیمانی، احساس گناه و بی‌خواهی را می‌سنجد. روایی محتوایی این ابزار توسط متخصصان تأیید شده است. در پژوهش‌های انجام شده در ایران، ضریب پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای جامعه نوجوانان گزارشی در حدود ۸۵/۰ به دست آمده است که نشان‌دهنده همسویی درونی بالای سؤالات است (دلاور و همکاران، ۱۳۹۵).

در این پژوهش شامل مؤنث بودن، محصل بودن در یکی از پایه‌های دوره اول متوسطه، لزوم شرکت منظم و نداشتن غیبت در جلسات آموزشی است. معیارهای خروج در این پژوهش شامل ناقص گذاشتن پرسشنامه‌ها، حداقل دو جلسه غیبت عدم رعایت قوانین در گروه و جلسات است. در این پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت شخصی دریافت شد و اطلاعات شخصی افراد به طور محرمانه محفوظ گردید و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که این اطلاعات کاملاً محرمانه حفظ خواهد شد؛ قابل ذکر است که منبع تدوین جلسات، آموزشی پژوهش‌محور بوده و با بررسی پژوهش‌های مختلف نظیر بواله‌ری و همکاران (۱۳۹۲) و غباری بناب و همکاران (۱۳۸۸) و ... تدوین شده است.

• مبانی نظری و مؤلفه‌های سلامت معنوی

پیش از تشریح جزئیات جلسات آموزشی، ضروری است به تبیین مفهوم و مؤلفه‌های سلامت معنوی پرداخته شود که برنامه حاضر بر آن استوار است.

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) تعریف می‌شود و شامل ارتباط هماهنگ و مثبت فرد با خود، دیگران، طبیعت/جهان و یک قدرت برتر (خداوند) است که منجر به حس معنا، هدفمندی، آرامش درونی، امیدواری و تاب‌آوری در برابر چالش‌های زندگی می‌گردد (Mohammadi et al., 2019; Koenig, 2012) در رویکرد اسلامی-ایرانی، سلامت معنوی فرآیندی پویا و تدریجی است که بر پایه معرفت به مبدأ خلقت، محبت به خدا و مردم، عمل صالح، پارسایی، توکل، صبر، بخشش و عدالت‌جویی استوار است و به احساس امنیت، آرامش، عزت نفس و پذیرش دیگران منجر می‌شود (صفی‌خانی، ۱۳۸۶؛ غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸؛ فراترکیب مؤلفه‌های سلامت معنوی بر اساس رویکرد اسلامی-ایرانی).

در این پژوهش، سلامت معنوی بر اساس مدل‌های بومی‌سازی شده در قالب مؤلفه‌های زیر تعریف شده است:

مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی بر اساس مطالعات داخلی و بین‌المللی عبارتند از:

- ارتباط با خدا/ قدرت برتر (بعد متعالی)^۱: شامل ایمان، عبادت (نماز، دعا، ذکر)، توکل و توجه به آخرت.
- بُعد معنا و هدفمندی (بعد وجودی): شامل درک هدف از زندگی، پیدا کردن معنا در رنج‌ها و داشتن نگاهی امیدوارانه به آینده است. این بعد به نوجوانان کمک می‌کند تا فراتر از مسائل روزمره، به اهداف والاتری بیندیشند.
- ارتباط با خود^۲: حس هدفمندی، خودآگاهی، پذیرش خود، بخشایشگری و آرامش درونی. این بُعد بر شناخت نقاط قوت و ضعف و پذیرش خویش تأکید دارد.
- ارتباط با دیگران^۳: این بعد بر تعاملات اخلاقی و انسانی متمرکز است و شامل مؤلفه‌هایی نظیر بخشایش‌گری، صله رحم، صدقه و کمک به دیگران می‌شود. این رفتارها موجب تقویت پیوند اجتماعی و کاهش احساس تنهایی می‌گردد.
- ارتباط با جهان/ طبیعت: درک نظام علت و معلولی خلقت، قدردانی از نعمت‌ها و عمل صالح در زندگی روزمره.

این مؤلفه‌ها در برنامه آموزشی حاضر به صورت عملیاتی در جلسات پوشش داده شده‌اند؛ برای مثال، جلسات مربوط به ذکر و مراقبه بر تقویت ارتباط با خدا و آرامش درونی تمرکز دارند، بخشایش‌گری و صله‌رحم بر روابط میان‌فردی و توکل و صبر بر حس هدفمندی و تاب‌آوری. برنامه آموزشی حاضر با هدف ارتقای این ابعاد چهارگانه طراحی شده است و جلسات زیر به صورت نظام‌مند برای تقویت هر یک از این مؤلفه‌ها تدوین گردیده‌اند:

¹ Religious well-being

² Existential well-being

³ Interpersonal spiritual health

جدول ۱. آموزش سلامت معنوی

تعداد جلسات	زمان (ساعت)	موضوعات مورد بحث	تکلیف جلسه	مؤلفه اصلی سلامت معنوی
۱	۲	معارفه معرفی برنامه آموزشی - اهداف و انتظارات	---	کلی (مقدمه بر همه مؤلفه‌ها)
۲	۲	تعریف معنویت تعریف مفاهیم و ویژگی‌های انسان معنوی بحث درباره دین - رابطه معنویت خود آگاهی و سلامت اهمیت معنویت در خودآگاهی نیاز به معنویت و کارکرد آن در زندگی	ذکر نمونه‌هایی از تجربیات زندگی	ارتباط با خود و خدا
۳	۲	استفاده از تمثیل و روایت و این‌که دانش‌آموز خود را جای قهرمان داستان تصور کند و بگوید در چنین شرایطی چه احساسی دارد راه‌های حل مسئله را یادداشت کند - بحث درباره راه‌حل‌های آن‌ها	از دانش‌آموزان خواسته شد که ویژگی‌های معنوی خود و تأثیرات آن در زندگیشان را بنویسند.	ارتباط با خود (خودآگاهی و هدفمندی)
۴	۲	مهارت بخشایش‌گری تعاریف مراحل عفو بحث درباره مفاهیم متعدد از بخشش و گذشت مرحله تصمیم‌گیری برای بخشیدن مرحله اقدام به بخشیدن، نتیجه بخشیدن بحث درباره مراحل قبل از بخشش و خود بخشش	نوشتن مطلبی در مورد بخشایش‌گری و نمونه‌هایی از بخشایش‌گری که توسط آنان صورت گرفته است.	ارتباط با دیگران و خود (بخشش و پذیرش)
۵	۲	تعریف ذکر - مراقبه و ذکر - انواع ذکر - روش ذکر گفتن مکان و زمان ذکر - مراتب ذکر - شرایط ذکر - آثار ذکر - موانع ذکر	بیان چندین ذکر و بررسی تأثیرات آن	ارتباط با خدا (عبادت و آرامش درونی)
۶	۲	صله رحم - آثار - آثار قطع و عوامل صله رحم - مصادیق و شیوه‌ها - مرز صله رحم - اولویت‌بندی در صله رحم - موارد آن آثار دنیوی	بیان داستانی در خصوص صله رحم	ارتباط با دیگران (روابط خانوادگی)
۷	۲	صدقه و کمک مالی ارزش صدقه زمان صدقه - آداب صدقه - آثار صدقه	ذکر نمونه‌هایی از صدقه دادن	ارتباط با دیگران (ایثار و نیکوکاری)
۸	۲	توکل و صبر - بررسی آثار آن ارکان آن زمینه و شرایط آن فواید آن نتایج آن از منظر قرآن آثار رفتاری آن	ترسیم نموداری در خصوص فواید توکل	ارتباط با خدا و خود (تاب‌آوری)
۹	۲	نماز و دعا - فلسفه و آثار آن (دنیوی معنوی) - اهمیت آن آثار تربیتی آثار آن بر روح و روان انسان فواید طبی و درمانی	بیان فواید نماز	ارتباط با خدا (عبادت مرکزی)
۱۰	۲	اختتامیه و جمع‌بندی جلسات	----	یکپارچه‌سازی همه مؤلفه‌ها

۳- یافته‌ها

برای دستیابی به یافته‌های پژوهش، ابتدا به بررسی دو گروه افراد مورد بررسی از نظر مقطع تحصیلی پرداخته شد. در گروه آزمایش، ۲۶/۶ درصد دانش‌آموزان در مقطع هفتم، ۴۰ درصد دانش‌آموزان در مقطع هشتم و ۳۳/۴ درصد دانش‌آموزان، در مقطع نهم تحصیل می‌کنند. در گروه کنترل، ۴۰ درصد دانش‌آموزان، در مقطع هفتم، ۲۰ درصد دانش‌آموزان، در مقطع هشتم و ۴۰ درصد دانش‌آموزان، در مقطع نهم تحصیل می‌کنند. بر اساس داده‌های مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش ۸۶ درصد از دانش‌آموزان، در شهر و ۱۴ درصد دانش‌آموزان، در روستا زندگی می‌کنند. همچنین در گروه کنترل، ۸۰ درصد از دانش‌آموزان، در شهر و ۲۰ درصد دانش‌آموزان، ساکن روستا هستند. در جداول شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمرات) به تفکیک هر گروه آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه‌ها

مؤلفه	گروه	کمینه نمرات	بیشینه نمرات	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی پیش آزمون	آزمایش	۱۱	۵۷	۱۴.۶۳	۴.۰۲
	کنترل	۱۴	۴۷	۱۴.۳۴	۴.۲۶
افسردگی پس آزمون	آزمایش	۶	۵۲	۹.۰۳	۳.۱۸
	کنترل	۸	۴۷	۱۴.۳۵	۴.۳۴

مؤلفه	گروه	کمینه نمرات	بیشینه نمرات	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب پیش آزمون	آزمایش	۱۰	۶۰	۲۷.۷۳	۱.۲۹
	کنترل	۱۲	۴۸	۲۸.۵۳	۱.۲۵
اضطراب پس آزمون	آزمایش	۵	۴۹	۱۷.۴۰	۱.۱۹
	کنترل	۷	۴۴	۲۴.۶۰	۱.۱۲

یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت محسوسی مشاهده نمی‌شود. در هر سه متغیر، در پس‌آزمون شاهد بهبود هستیم.

برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون Shapiro-Wilks استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلکس در جدول زیر آمده است.

جدول ۳. نتایج بررسی نرمال بودن متغیرهای وابسته (آزمون شاپیرو ویلکس)

مؤلفه	گروه	آماره شاپیرو	سطح معناداری
افسردگی پیش آزمون	آزمایش	۰.۹۷۶	۰.۹۳۷
	کنترل	۰.۹۶۰	۰.۶۹۲
افسردگی پس آزمون	آزمایش	۰.۹۴۲	۰.۴۱۳
	کنترل	۰.۹۷۱	۰.۸۷۳
اضطراب پیش آزمون	آزمایش	۰.۹۲۱	۰.۲۰۲
	کنترل	۰.۹۱۴	۰.۱۵۴
اضطراب پس آزمون	آزمایش	۰.۹۴۲	۰.۴۰۳
	کنترل	۰.۹۴۰	۰.۳۸۰

همان‌گونه که یافته‌ها نشان می‌دهد داده‌های مربوط به افسردگی و اضطراب در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از توزیع نرمال برخوردارند ($P\text{-value} > 0.05$). بنابراین توزیع آماری متغیرهای وابسته نرمال است و پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای وابسته در تحلیل کواریانس مورد تأیید قرار می‌گیرد.

برای تست همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد، در آزمون لوین چون سطح معناداری آماره F بیشتر از ۰/۰۵ است ($P\text{-value} > 0.05$) فرض همگونی واریانس‌ها در سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه کنترل و آزمایش) پذیرفته می‌شود.

جدول ۴. آزمون همگونی واریانس‌ها بین دو گروه

متغیر	df1	df2	آماره F	سطح معنی داری (Sig)
افسردگی	۱	۲۸	۰.۶۳۷	۰.۴۳۱
اضطراب	۱	۲۸	۰.۵۰۳	۰.۴۳۸

برای تست برابری شیب خط رگرسیون یافته‌ها در قالب جدول ۵ نشان داده شد. برای تأیید فرضیه آموزش سلامت معنوی بر افسردگی دانش‌آموزان متوسطه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد و متغیر پیش‌آزمون افسردگی به عنوان متغیر کنترل (کوریت) در نظر گرفته شد.

جدول ۵. آزمون برابری شیب خط رگرسیون

منبع تغییرات واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی (df)	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری (Sig)
گروه ها*پیش آزمون افسردگی	۲۶۳.۲۱	۱	۲۶۳.۲۱	۰.۰۵۹	۰.۸۱۰
گروه ها*پیش آزمون اضطراب	۱۹۸.۳۶	۱	۱۹۸.۳۶	۱.۶۹	۰.۲۰۴

جدول ۶. آزمون اثرات بین گروهی

منبع تغییرات واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی (df)	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون افسردگی گروه خطا کل	۲۵۶.۳۲	۱	۲۵۶.۳۲	۲۳.۰۰	۰.۰۰۰	۰.۵۶۰
	۴۵۱.۰۸	۱	۴۵۱.۰۸	۸.۶۲	۰.۰۱	۰.۴۴
	۲۵۰.۶	۲۷	۹۱۴۵			
	۳۷۵۲	۳۰				
متغیر وابسته: پس آزمون افسردگی						

همان طور که یافته‌ها نشان می‌دهد تأثیر متغیر کنترل (پیش آزمون افسردگی) در سطح اطمینان ۹۵ درصد در مدل معنادار شده است. از طرف دیگر متغیر وابسته (پس آزمون افسردگی) در سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه کنترل و آزمایش) تفاوت معناداری دارد ($P < ۰.۰۰۱$ و $F=۸.۶۲$)، یعنی با کنترل متغیر پیش آزمون و خارج کردن تأثیر آن از مدل، بین گروه کنترل و آزمایش نسبت به متغیر وابسته (پس آزمون افسردگی) تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه دوم مورد تأیید قرار می‌گیرد. پس از معنادار شدن تفاوت بین دو گروه، شاخص دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد، اندازه اثر است که در جدول با عنوان مجذور اتا مشخص شده است. مجذور اتا نشان‌دهنده درصدی از واریانس نمرات افسردگی است که در اثر اجرای آموزش سلامت معنوی به وجود آمده است. مقدار مجذور اتا برابر با ۰.۴۴ است که اگر آن را تبدیل به درصد نماییم ۴۴ درصد می‌شود. بدین معنا که ۴۴ درصد از تغییرات نمرات افسردگی از اجرای آموزش سلامت معنوی است. به زبان دیگر آموزش باعث ۴۴ درصد تغییر در نمرات افسردگی گردیده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین تعدیل شده متغیر افسردگی در گروه آزمایش (۴۳.۳۱) کمتر از گروه کنترل (۳۶.۶۵) است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اجرای آموزش سلامت معنوی باعث کاهش نمره متغیر افسردگی شده است.

جدول ۷. میانگین تعدیل شده متغیر افسردگی پس از حذف تأثیر متغیر کنترل

گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد	۹۵ درصد فاصله اطمینان	
			حد پایین	حد بالا
کنترل	۴۳.۳۱	۰.۸۱	۴۰.۳۶	۴۶.۸۹
آزمایش	۳۶.۶۵	۰.۸۱	۳۵.۲۵	۴۱.۳۱

برای بررسی آموزش سلامت معنوی بر اضطراب از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد و متغیر پیش آزمون اضطراب به عنوان متغیر کنترل (کوریت) در نظر گرفته شد. در جدول زیر نتایج تاثیرات بین گروهی آمده است.

جدول ۸. آزمون اثرات بین گروهی

منبع تغییرات واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی (df)	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنا داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون اضطراب گروه خطا کل	۲۸۰۶.۳۲	۱	۲۸۰۶.۳۲	۷۹.۱۸	۰.۰۰۰	۰.۷۴۶
	۳۲۳.۷۴	۱	۳۲۳.۷۴	۹.۱۳	۰.۰۰۵	۰.۳۵۳
	۹۵۶.۸۷	۲۷	۳۴.۴۴			
	۱۷۳۸۲	۳۰				
متغیر وابسته: پس‌آزمون اضطراب						

تأثیر متغیر کنترل (پیش‌آزمون اضطراب) در سطح اطمینان ۹۵ درصد در مدل معنادار شده است. از طرف دیگر متغیر وابسته (پس‌آزمون اضطراب) در سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه کنترل و آزمایش) تفاوت معناداری دارد ($F=9.13$ و $P<0.001$)، یعنی با کنترل متغیر پیش‌آزمون و خارج کردن تأثیر آن از مدل، بین گروه کنترل و آزمایش نسبت به متغیر وابسته (پس‌آزمون اضطراب) تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه مورد تأیید قرار می‌گیرد. پس از معنادار شدن تفاوت بین دو گروه، شاخص دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد اندازه اثر است که در جدول با عنوان مجذور اتا مشخص شده است. مجذور اتا نشان‌دهنده درصدی از واریانس نمرات اضطراب است که در اثر آموزش سلامت معنوی به وجود آمده است. مقدار مجذور اتا برابر با ۰.۳۵۳ است که اگر آن را تبدیل به درصد نماییم ۳۵ درصد می‌شود بدین معنا که ۳۵ درصد از تغییرات نمرات اضطراب از اجرای آموزش سلامت معنوی باشد. به زبان دیگر آموزش باعث ۳۵ درصد تغییر در نمرات اضطراب گردیده است. نتایج محاسبه میانگین تعدیل شده در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۹. میانگین تعدیل شده متغیر اضطراب پس از حذف تأثیر متغیر کنترل

گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد	۹۵ درصد فاصله اطمینان	
			حد پایین	حد بالا
کنترل	۳۲.۲۳	۰.۹۸	۲۹.۶۹	۳۵.۶۴
آزمایش	۲۵.۳۱	۰.۹۸	۲۴.۳۶	۳۰.۹۸

یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین تعدیل شده متغیر اضطراب در گروه آزمایش (۲۵.۳۱) کمتر از گروه کنترل (۳۲.۲۳) است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اجرای آموزش سلامت معنوی باعث کاهش نمره متغیر اضطراب شده است.

۴- نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی سلامت معنوی بر افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان متوسطه دوره اول صورت پذیرفت. آنچه پژوهش حاضر را از پژوهش‌های مشابه متمایز می‌کند، بررسی اثربخشی یک «پروتکل آموزشی ساختاریافته» در قالب مداخله گروهی است که نشان داد آموزش مستقیم مهارت‌های معنوی می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل در مدارس عمل کند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر سلامت معنوی توانسته است، به طور معناداری اثرات مثبتی بر کاهش افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان داشته باشد. این اثربخشی از طریق تقویت منابع درونی مانند حس هدفمندی زندگی، ارتباط با ارزش‌های وجودی و پرورش مهارت‌های خودتنظیمی حاصل می‌شود، این امر به نوجوانان کمک می‌کند تا در مواجهه با استرس‌های رایج، به جای واکنش‌های هیجانی ناسازگارانه، از راهبردهای مقابله‌ای معنادارتر استفاده کنند. مکانیسم‌های اصلی اثرگذاری شامل منحرف کردن توجه از افکار منفی و آشفته، افزایش آرامش درونی و بهبود تاب‌آوری در برابر استرس‌های روزمره (مانند فشارهای تحصیلی و تغییرات نوجوانی) است. تمرین‌های معنوی مانند ذکر، دعا و مراقبه به عنوان ابزارهای خودتنظیمی عمل کرده و با

فعال‌سازی سیستم‌های آرام‌سازی پاراسمپاتیک، به کاهش شدت پاسخ‌های عاطفی منفی کمک می‌کنند (ابوالقاسمی و سعیدی، ۱۳۹۱).

نتایج این پژوهش با طیف وسیعی از پژوهش‌های داخلی و خارجی همخوانی دارد. پژوهش‌های بین‌المللی نشان داده‌اند که معنویت می‌تواند از طریق ایجاد حس پیوند با چیزی فراتر از خود و بازنگری در تفسیر رویدادهای زندگی، به عنوان عاملی محافظتی در برابر اختلالات خلقی عمل کند (Koenig, 2005; Huguelet, 2017). مطالعاتی مانند اسمیت و دنتون^۱ (۲۰۰۵) و هیمن^۲ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داده‌اند که درونی‌سازی ارزش‌های معنوی در نوجوانی با کاهش قابل توجه افسردگی و افزایش امید به زندگی همراه است. همچنین هریس^۳ و همکاران (۲۰۰۸) و سیبولد^۴ (۲۰۰۷) در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند که معنویت می‌تواند از طریق تعدیل پاسخ‌های فیزیولوژیک به استرس و کاهش اضطراب وجودی، به عنوان یک سپر دفاعی عمل کند. علاوه بر این، مطالعات جدیدتر نیز تأیید می‌کنند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنویت با کاهش سطح کورتیزول و بهبود عملکرد شناختی، مدیریت اضطراب را تسهیل می‌کنند. (Lucchetti et al., 2012)

در سطح پژوهش‌های داخلی، نیز مطالعات متعددی رابطه معکوس سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب را در گروه‌های سنی مختلف، به ویژه نوجوانان، تأیید کرده‌اند (باقری و همکاران ۱۳۹۵) و محمدی و همکاران (۱۳۹۳) یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱؛ ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ برومندزاده و همکاران؛ آلیانی و مهین، ۱۳۸۳؛ نیکبخت نصرآبادی و همکاران، ۱۳۸۳). مؤید این رابطه بوده‌اند؛ پژوهش برومندزاده و همکاران به طور خاص تأکید دارد که تقویت ابعاد معنوی می‌تواند اضطراب را به طور مستقیم کاهش داده و سلامت روانی-جسمانی کلی را بهبود بخشد. پژوهش‌های مداخله‌ای سامانی و همکاران (۱۳۹۰) و شریفی و ابراهیمی‌قوام (۱۳۹۶) که اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی را بر کاهش استرس و بهبود سازگاری تأیید کرده‌اند، از نتایج پژوهش حاضر حمایت می‌نمایند. این همخوانی گسترده نشان می‌دهد که صرف‌نظر از تفاوت‌های فرهنگی، معنویت یک نیاز روان‌شناختی بنیادین در نوجوانی است که تقویت آن می‌تواند بستری امن برای سلامت‌روان فراهم آورد. همچنین، مطالعات اخیر اثربخشی مداخلات معنوی-اسلامی را در کاهش اضطراب تحصیلی، افسردگی و افزایش تاب‌آوری در دانش‌آموزان نشان داده‌اند.

در نهایت، با توجه به این‌که نوجوانی دوره طلایی شکل‌گیری هویت است، ادغام آموزش‌های معنوی در برنامه درسی مدارس می‌تواند به عنوان یک راهبرد پیشگیرانه، جامع، هزینه‌های درمانی و اجتماعی آینده را کاهش داده و نسل سالم و بانشاطی تربیت کند. یافته‌های این پژوهش پیامدهای عملی مهمی برای ذی‌نفعان آموزشی دارد. به عنوان مثال؛ مدارس می‌توانند برنامه‌های آموزشی سلامت معنوی را (مانند جلسات گروهی مراقبه هدایت‌شده، بحث درباره معنا و ارزش‌ها، ...) به عنوان بخشی از برنامه درسی یا فعالیت‌های فوق برنامه اجرا کنند.

برای مشاوران مدارس: مشاوران مدرسه نقش کلیدی در شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر و اجرای مداخلات گروهی دارند. پیشنهاد می‌شود مشاوران علاوه بر رویکردهای رایج مشاوره، از تکنیک‌های مبتنی بر سلامت معنوی (مانند نگارش دفترچه خاطرات معنوی، تمرین شکرگزاری و مراقبه...) در جلسات گروه درمانی و فردی برای دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب و افسردگی بهره ببرند.

برنامه‌ریزان آموزشی: برنامه‌ریزان آموزشی و سیاست‌گذاران بهداشتی نیز می‌توانند با طراحی بسته‌های آموزشی استاندارد و آموزش معلمان و مشاوران در این حوزه، به پیشگیری از مشکلات روانی در محیط آموزشی کمک کنند. این رویکرد نه تنها هزینه‌بر نیست؛ بلکه با فرهنگ بومی و ارزش‌های دینی جامعه همخوانی دارد و می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی دانش‌آموزان منجر شود.

¹ Smith & Denton

² Hayman

³ Harris

⁴ Seybold

می‌توان درسی مستقل یا گنجانده شده در دروس «تفکر و سبک زندگی» با محوریت تربیت معنوی و مهارت‌های معنوی تدوین شود تا دانش‌آموزان از ابتدای دوران نوجوانی با ابزارهای مقابله معنوی آشنا شوند.

معلمان: معلمان می‌توانند با ایجاد فضایی معنوی در کلاس درس (مانند شروع کلاس با دعای کوتاه یا تأکید بر هدفمند بودن تلاش‌های علمی...)، به کاهش اضطراب و بهبود جو روانی کلاس کمک کنند.

در مجموع، آموزش سلامت معنوی رویکردی جامع، پیش‌گیرانه و فرهنگ‌محور است که پتانسیل بالایی در مدیریت و پیشگیری از افسردگی و اضطراب نوجوانان دارد و می‌تواند پایه سیاست‌گذاری‌های آموزشی-بهداشتی باشد.

۵- سیاست‌گذاری

مؤلفان مقاله از تمام افرادی که در به ثمر رسیدن این پژوهش یاریگر بوده‌اند قدردانی می‌کنند. از بخش پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی سبزوار قدردانی می‌گردد.

۶- منابع

ابراهیمی، الهام (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر بخشش و امید بر اضطراب عمومی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران سال تحصیلی ۹۰-۹۱، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان

ابوالقاسمی، شهنام؛ سعیدی، مؤده (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله با استرس و مانترای اسلامی بر میزان اضطراب امتحان دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه‌ی شهر تنکابن، مجله روان‌شناسی دین، ۵(۲)، ۶۶-۵۵.

آلایانی، زهرا؛ مهین، همایون (۱۳۸۳). بررسی رابطه پابندی به دعا با میزان اضطراب دانشجویان دانشگاه تبریز، دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان تهران دانشگاه تربیت مدرس، ایران.

برومندزاده، نیلوفر، کریمی ثانی، پرویز (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر سلامت عمومی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تبریز، نشریه آموزش و ارزشیابی، ص ۹-۲۳

بوالهیری جعفر؛ غباری، بناب، باقر؛ قهاری، شهربانو؛ میرزایی، مصلح؛ راقیبیان، رؤیا؛ دوست علیوند، هدی؛ زارعی، دوست الهام (۱۳۹۲). مهارت‌های معنوی، کتاب ویژه مربیان چاپ اول، تهران: دانشگاه تهران.

حسین ثابت، فریده (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب افسردگی و شادکامی. فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱(۲)، ۹۲-۷۹.

ضغیمی محمدی شراره؛ تجویدی، منصوره (۱۳۹۰). ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور (سال) (۱۳۸۹) مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲(۳)، ۱۱۶-۱۳۹۱۲۴. ۱۱۴۰(۲): ۱۴۷-۱۵۴

غباری بناب، باقر؛ متولی پور، عباس؛ مجتبی، حبیبی عسگرآباد (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۲(۱۰)، ۱۱۰-۱۲۳.

کمالی ایگلی، سمیه (۱۳۹۰). رابطه راهبردهای مقابله با استرس و هوش هیجانی با سلامت روان در دانش‌آموزان دختر شرکت کننده در کلاس‌های کنکور، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران.

یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز؛ محمدزاده، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۲)، ۹۹-۱۰۷.

References

Abolghasemi, S., & Saeedi, M. (2012). The effectiveness of teaching stress coping strategies and Islamic mantra on test anxiety levels of female high school students in Tonekabon. Journal of Religious Psychology, 5(2), 55-66. <https://ravanshenasi.nashriyat.ir/node/182> [In Persian]

- Aggarwal, S., Wright, J., Morgan, A., Patton, G., & Reavley, N. (2023). Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1), Article 729. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>
- Alayani, Z., & Mahdavi, H. (2004). Examining the relationship between adherence to prayer and anxiety levels among students of Tabriz University. *Proceedings of the Second National Seminar on Mental Health of Students*, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. **[In Persian]**
- Bahrari Jafar, G., Ghabari Bonab, B., Ghahari, Sh., Mirzaei, M., Raqbian, R., Dost Aliwand, H., & Zarei, D. (2013). *Spiritual skills* (1st ed.). Tehran: University of Tehran. **[In Persian]**
- Barmandzadeh, N., & Karimi Sani, P. (2015). Determining the effectiveness of spiritual skills training on general health and anxiety in female high school students in Tabriz. *Journal of Education and Evaluation*, 9-23. <https://www.magiran.com/p1606268> **[In Persian]**
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Freeman, A., Davis, D., & Associates. (1979). *COGNITIVE THERAPY OF PERSONALITY DISORDERS* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Clinical nursing research*, 14(3), 253-272.
- Ebrahimi, E. (2012). A comparison of the effectiveness of group counseling based on forgiveness and hope on generalized anxiety among female high school students in Tehran during the academic year 2011-2012 [Master's thesis, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Khuzestan. <https://www.magiran.com/p1354143> **[In Persian]**
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522-541.
- Ghobari Bonab, B., Motavalipour, A., & Habibi Asgarabad, M. (2009). The relationship between anxiety, depression, and spirituality levels in University of Tehran students. *Applied Psychology Quarterly*, 2(10), 110-123. 20.1001.1.20084331.1388.3.2.1.4 **[In Persian]**
- Gonçalves, J. P., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 45(14), 2933-2943.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74.
- Hoseseini, M., Habiban, E., Krauss, S. E. & Aishah, S., (2010). A Review Study on Spiritual Intelligence, Adolescence and Spiritual Intelligence, Factors that May Contribute to Individual Differences in Spiritual Intelligence, and the Related Theories. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2): 179-188.
- Hossein Sabat, F. (2008). The effect of patience education on anxiety, depression, and happiness. *Islamic Studies and Psychology Quarterly*, 1(2), 79-92. <https://ensani.ir/fa/article/21516/> **[In Persian]**
- Huguelet, P. (2017). Psychiatry and religion: a perspective on meaning. *Mental Health, Religion & Culture*, 20(6), 567-572. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1377956>
- James, W. (1997). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. Electronic text center, University of Virginia library. (Original work published 1902)
- Kamali Igli, S. (2011). The relationship between stress coping strategies and emotional intelligence with mental health in female high school students participating in university entrance exam classes [Master's thesis, Islamic Azad University, Tehran Branch]. <https://search.isc.ac/dl/search/defaultta.aspx?DTC=8&DC=806126> **[In Persian]**
- Koenig, H. G. (2012). *Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications*. ISRN Psychiatry, 2012.
- Koenig, H. G. (2022). *Faith and mental health: Religious resources for healing*. Templeton Press.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (Eds.). (2024). *Handbook of religion and health* (3rd ed.). Oxford University Press
- Liu, C., & Koenig, H. G. (2020). Spirituality and mental health: An overview. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2367-2377.
- Lucchetti, G; Lucchetti, A. L. G; Bassi, R. M.; Vera, A. V. D. & Peres, M. F. P. (2012). Integrating Spirituality into Primary Care, Primary Care at a Glance - Hot Topics and New Insights. Publisher: InTech, Chapters published April 27, 2012 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/2310
- Pargament, K. I., & Lomax, J. W. (2021). Understanding and addressing religion and spirituality in psychotherapy: A comprehensive overview. *World Psychiatry*, 20(3), 361-369.

- Pargament, K.I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18(4), 251-257.
- Revheim, N & Greenberg, W. M. (2007). Spirituality matters: creating a time and place for hope psychiatric rehabilitation. *Journal of spirituality*, 30(4): 307-310
- Richards, P. S., Hardman, R. K. & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of women with Eating Disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Roe, J., et al. (2013). The relationship between spirituality and mental health in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 220-225
- Salsman, J. M., Tramana, L., Brechting, E. H., & Carlson, C. R. (2005). The link between religion/spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 522-535.
- Sommer, J. M., & Goldner, W. J. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Tahmasyan, K., & Anari, A. (2019). Modeling self-somatic efficacy based on Bandura's agentic model from depression in depressed adolescents. *Journal of Family Research*, 2(2), 83-93. (Persian)
- Tepper, L., et al. (2001). The relationship between spirituality and mental health in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29(5), 325-331.
- Thapar, A., et al. (2012). Depression in adolescents. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067.
- West, W. (2001). *Psychotherapy and Spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. Translated by: SH. Shahidi & S. Shirafkan. Tehran: Roshd.
- Yaacobi, H., Sohrabi, F., & Mohammadzadeh, A. (2012). A comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and Islamic-based spiritual-religious psychotherapy on reducing overt anxiety in students. *Behavioral Sciences Research*, 10(2), 99-107. <https://www.magiran.com/p1064420> **[In Persian]**
- Zaghimi Mohammadi, Sh., & Tajvidi, M. (2011). The relationship between spiritual health, hopelessness, and social skills in adolescents with major thalassemia. *New Care Journal*, 2(3), 116-124. (Note: The original citation mixed years 2010 and 2010/2011; 2011 is used based on volume/issue context typically associated with that period, or 2010 for the study year. Adjusted to 2011 for publication date consistency with Vol 2 Iss 3 usually). <https://sid.ir/paper/78608/fa> **[In Persian]**
- Zaraee m.(2022). Prevalence of psychopathology in the case of high school students in Rasht. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. I(39):24-36.Persian. **[In Persian]**.