



Original Article

Effects of A Spiritual Health Promotion Program on Loneliness and Stress in High School Adolescent Girls in Gorgan

Hamideh Rahnama Araghi¹ , Tahereh Sadeghi^{2*} , Naghmeh Razaghi³ , Zahra Sabzi⁴ , Parisa Shojaei⁵ 

¹ Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁵ Faculty of Medicine, TMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Article History:

Received: 08 July 2025

Revised: 31 August 2025

Accepted: 03 September 2025

ePublished: 21 December 2025

*Corresponding author: Tahereh Sadeghi, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

E-mail: sadeghit@mums.ac.ir

Background and Objectives: In recent years, spirituality has gained attention as a tool for improving mental health. The present study aimed to investigate the effect of implementing a spiritual health promotion program on loneliness and stress in high school adolescent girls in Gorgan, Iran.

Materials and Methods: This experimental randomized controlled study with a pre-post design was conducted on 80 high school adolescent girls who visited health centers in Gorgan during the years 2020–2021. Data collection tools included demographic information questionnaires, the Adolescent Stress Questionnaire, and the Loneliness Questionnaire, which were completed before and one month after the intervention in both groups. Educational content was delivered to the intervention group in eight 40-minute sessions, following the spiritual health promotion program. Data analysis was performed using SPSS software (version 26) and independent t-tests, ANOVA, and Mann-Whitney tests.

Results: The mean age of the adolescent girls in the intervention and control groups was 16.16 ± 0.60 and 16.35 ± 0.64 years, respectively. In the intervention group, 19 (51.4%) participants were in the 10th grade, compared to 15 (44.1%) participants in the control group. After the intervention, the mean and standard deviation of the total loneliness score decreased to 38.45 ± 5.45 , and the stress score declined to 18.43 ± 6.82 .

Conclusion: Education based on spiritual health promotion significantly reduced stress and loneliness in adolescent girls. Identifying students experiencing challenges in these areas and applying this educational method can effectively support their mental health improvement.

Keywords: Adolescent, Loneliness, Spiritual health, Stress

Please cite this article as follows: Rahnama Araghi H, Sadeghi T, Razaghi N, Sabzi Z, Shojaei P. Effects of A Spiritual Health Promotion Program on Loneliness and Stress in High School Adolescent Girls in Gorgan. *Pajouhan Scientific Journal*. 2025; 23(4): 260-274 DOI: 10.53208/psj.23.4.260



Extended Abstract

Background and Objective

Loneliness is a subjective feeling of social isolation and detachment, while stress encompasses emotional, cognitive, and physiological responses to perceived challenges. Both conditions can negatively affect academic performance, social relationships, and overall well-being. Spirituality is increasingly recognized as a practical approach to enhance coping strategies, emotional resilience, and social connectedness. However, evidence supporting its use in structured health promotion programs for adolescents remains limited, particularly among Iranian high school students. Given the critical role of mental health during adolescence and the potential benefits of spirituality-based interventions, this study aimed to investigate the effects of implementing a structured spiritual health promotion program on reducing loneliness and stress among high school adolescent girls in Gorgan, Iran.

Materials and Methods

The present study was a randomized controlled clinical trial with two parallel groups—a spiritual health promotion intervention group and a control group—utilizing a pre-test and post-test design (IRCT20211011052733N1), conducted in 1400 (2021) among adolescent girls attending health centers in Gorgan, Iran. Sample size was determined using G*Power software, considering a 95% confidence level, 80% statistical power, and expected differences in loneliness and stress scores. A 20% increase was accounted for potential dropouts, resulting in 80 participants who were randomly assigned to two equal groups. During the study, three participants in the intervention group and six in the control group were excluded due to nonattendance or incomplete questionnaires, yielding a final sample of 71 participants (37 intervention, 34 control). Inclusion criteria consisted of single females aged 14 to 16 who were willing to participate in the study. Informed consent was obtained from both adolescents and their parents. Participants were required to score at least 140 on the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ) and at least 40 on the Loneliness Questionnaire. Additional criteria included absence of psychiatric disorders or psychotropic medication use, no chronic physical illness or mental/physical disability, no substance abuse, and no major stressful life events within the past six months. Exclusion criteria included withdrawal from the study or missing more than two intervention sessions. Participants were selected through cluster random sampling from the 12 active girls' high schools in Gorgan affiliated with the Department of Education. One school per district was randomly selected, and students were recruited proportionally to the school population. Stratified randomization was then applied using SPSS (version 21) to divide participants into intervention and control groups, ensuring homogeneity across schools and baseline characteristics. Data collection instruments included a research unit selection form to verify inclusion and exclusion criteria, a demographic questionnaire, the Religious Status Questionnaire, the Loneliness

Questionnaire (Asher et al., 1984), and the ASQ. All instruments demonstrated acceptable validity and reliability in previous studies and in the current sample, with Cronbach's alpha values ranging from 0.81 to 0.84. The intervention comprised eight 40-minute sessions delivered twice a week via "Eitaa" online platform, incorporating lectures, group discussions, and home assignments. The program targeted four dimensions: relationship with God, self, others, and the universe. Each session included a review of previous assignments, feedback from the researcher, a summary of prior content to ensure continuity, an introduction of new exercises, homework assignments for the following week, and concluding discussions. Pre-test assessments were conducted online under the researcher's supervision for both groups, and post-test assessments were administered after the intervention was completed. The control group received no additional intervention and continued with standard school activities. Data were coded and analyzed using SPSS software (version 26). Descriptive statistics included mean, standard deviation, frequency, and percentage. Normality of continuous variables was assessed using Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests. Group homogeneity for categorical variables was evaluated using chi-square, Fisher's exact, and exact chi-square tests, and for continuous variables using independent t-tests or Mann-Whitney tests. Paired t-tests or Wilcoxon tests were applied for within-group comparisons. Multivariate two-way ANOVA assessed the effects of background variables and the intervention on stress and loneliness, and Pearson or Spearman correlation coefficients evaluated associations between quantitative variables and outcomes. Statistical significance was set at $\alpha = 0.05$. Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Mashhad University of Medical Sciences (IR.MUMS.NURSE.REC.1400.073), and written informed consent was obtained from all participants and their parents. Confidentiality was assured, and participants were free to withdraw at any stage of the study.

Results

The mean age of participants was 16.16 ± 0.60 in the intervention group and 16.35 ± 0.64 in the control group, with no significant difference. In terms of academic grade, 51.4% of the participants in the intervention group were in the 10th grade compared to 44.1% in the control group. Following the intervention, the intervention group demonstrated a substantial decrease in mean loneliness scores (38.45 ± 5.45) and stress scores (18.43 ± 6.82), whereas no significant changes were observed in the control group. The analysis indicated that the observed reductions in loneliness and stress were statistically significant and clinically meaningful, suggesting a strong effect of the spiritual health promotion program.

Discussion

The findings of this study provide evidence that structured spiritual health promotion programs can effectively reduce stress and loneliness among adolescent girls. By addressing multiple dimensions of spirituality—including relationship with God,

self-reflection, social connectedness, and engagement with the environment—participants were better equipped to cope with emotional and social challenges. These results were consistent with previous research indicating that spirituality enhances resilience, promotes positive social behaviors, and mitigates psychological distress. Moreover, the online delivery format allowed for interactive group discussions and ongoing engagement through home assignments, which may have reinforced learning and personal reflection. The findings highlight the importance of incorporating spirituality-based interventions into school health programs, particularly for adolescents experiencing high levels of stress or social isolation.

Conclusion

Education based on spiritual health promotion significantly reduced stress and loneliness in adolescent girls, demonstrating its potential as an effective mental health intervention. Identifying students who experience challenges in these domains and applying structured, multidimensional spiritual programs may enhance overall well-being and support adolescent development. These findings suggest that school-based spiritual health interventions can serve as a practical, scalable strategy for promoting psychological resilience and social connectedness in teenage populations.

بررسی تأثیر برنامه ارتقای سلامت معنوی بر احساس تنهایی و استرس دختران نوجوان دوره متوسطه شهر گرگان

حمیده رهنما عراقی^۱، طاهره صادقی^{۲*}، نغمه رزاقی^۳، زهرا سبزی^۴، پرینا شجاعی^۵

^۱ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

^۵ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: امروزه استفاده از معنویت در جهت بهبود سلامت روان در انسان پیشنهاد شده است. مطالعه‌ای حاضر با هدف تأثیر اجرای برنامه ارتقا سلامت معنوی بر احساس تنهایی و استرس دختران نوجوان دوره متوسطه شهر گرگان انجام گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه تجربی، شاهددار تصادفی قبل و بعد بر روی ۸۰ نفر از دختران نوجوان مقطع متوسطه دوم مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر گرگان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل: پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش نامه استرس نوجوانان و پرسش نامه احساس تنهایی بود که قبل و یک ماه بعد از مداخله در گروه ها تکمیل شدند. محتوای آموزشی در هشت جلسه ۴۰ دقیقه ای مطابق با برنامه ارتقا سلامت معنوی برای گروه های مداخله ارائه شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس و من-ویتنی انجام شد.

یافته ها: میانگین سن نوجوان دختر در این مطالعه در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $16/16 \pm 0/60$ و $16/0 \pm 35/64$ بود. همچنین در این مطالعه در گروه مداخله ۱۹ نفر (۵۱/۴ درصد) و در گروه کنترل ۱۵ نفر (۴۴/۱ درصد) از نوجوانان مورد مطالعه مشغول به تحصیل در پایه دهم بودند. بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره کلی احساس تنهایی $38/5 \pm 45/45$ و استرس $18/43 \pm 6/82$ کاهش یافته است.

نتیجه گیری: آموزش مبتنی بر ارتقای سلامت معنوی سبب کاهش استرس و احساس تنهایی دانش آموزان نوجوان دختر گردیده است. لذا می توان با شناسایی دانش آموزانی که در این ابعاد دچار مسئله هستند، با استفاده از این روش آموزشی کمک کرد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۱۷

تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۰۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۱۲

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۳۰

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: طاهره صادقی، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

ایمیل: sadeghit@mums.ac.ir

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، احساس تنهایی، استرس، دختران نوجوان

استناد: رهنما عراقی، حمیده؛ صادقی، طاهره؛ رزاقی، نغمه؛ سبزی، زهرا؛ شجاعی، پرینا. بررسی تأثیر برنامه ارتقای سلامت معنوی بر احساس تنهایی و استرس دختران نوجوان دوره متوسطه شهر گرگان. مجله علمی پژوهان، پاییز ۱۴۰۴؛ ۲۳(۴): ۲۶۰-۲۷۴

مقدمه

یک فرد است که بین دوران کودکی و بزرگسالی پل می زند. این دوره مجموعه ای از انتقال های رشدی را نشان می دهد که با شروع بلوغ آغاز می شود و در اواسط دهه ۲۰ به پایان می رسد که با بلوغ بدن و تشدید ظرفیت یادگیری مشخص می شود [۲-۴].

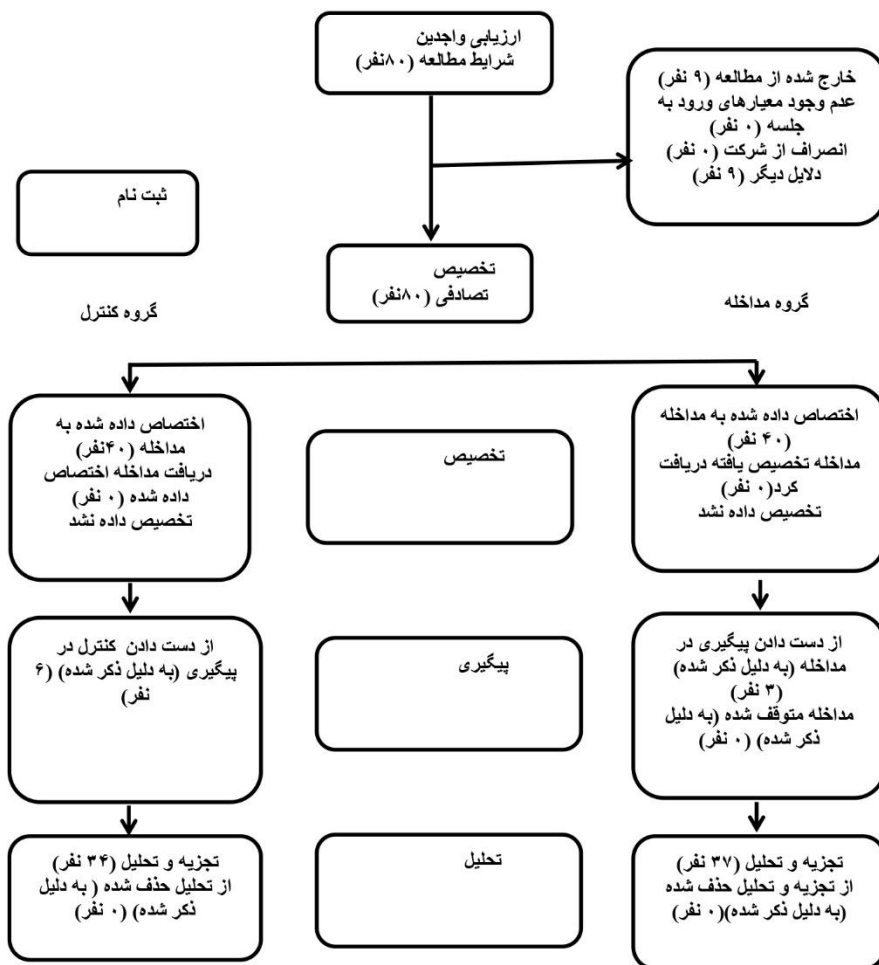
در حدود ۱/۲ میلیارد نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله، امروزه ۱۶ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می دهند [۱]. نوجوانی به عنوان یک دوره سنی مانند دهه دوم زندگی یا «سال های نوجوانی» در نظر گرفته می شود، اما نوجوانی دوره متمایز تغییرات زیستی رشدی در زندگی

دوره نوجوانی به لحاظ سایکولوژیک، به عنوان یک مرحله پرتلاطم زندگی به شمار می آید که با استرس‌ها، چالش‌ها و موقعیت‌های متفاوتی روبه‌رو است [۵]. استرس دوران نوجوانی به دلیل تأثیر بر سلامت جسمانی-روانی و ایجاد اختلال در زندگی نوجوانان، یک موضوع مهم سلامت محسوب می‌شود [۶]. استرس عامل ۷۵ درصد 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 درصد دختران و ۲۳/۷ درصد پسران مشکوک به اختلال روان بودند و مطالعات متعددی نشان داده‌اند که شمار زیادی از نوجوانان از مسائل روانی رنج می‌برند، به طوری که ۴۰-۷۰ درصد نوجوانان یک یا بیشتر از یک حادثه پراسترس را در طول نوجوانی خود تجربه می‌کنند [۵]. عدم درمان به موقع استرس در نوجوانان ممکن است منجر به غیبت‌های مکرر از مدرسه، ناتوانی در اتمام تحصیلات، کاهش اعتماد به نفس، مصرف مواد مخدر، اختلال در روابط بین فردی، اختلالات اضطرابی و افسردگی در بزرگسالی شوند [۷-۱۰]. یکی دیگر از بحران‌های مهم در این دوران، احساس تنهایی می‌باشد [۱۱]. شیوع احساس تنهایی در دوره‌ی نوجوانی به اوج خود و بین ۷۰ تا ۸۰ درصد می‌رسد [۱۲]. یکی از راه‌کارهای کاهش استرس و تنهایی، افزایش سلامت معنوی است. افرادی که دارای سلامت معنوی بالا می‌باشند، دارای اعتماد به نفس بیشتر و شادکامی بالاتر هستند و سازگاری بیشتری با مشکلات و بحران‌های نوجوانی دارند [۱۳]. از آن‌جا که شناخت و به‌کارگیری مهارت‌های سلامت معنوی می‌تواند از اضطراب و احساس تنهایی دانش‌آموزان کاسته و به آن‌ها در جهت افزایش پیشرفت تحصیلی کمک نماید، اهمیت ویژه‌ای دارد. بر اساس پژوهشی از شورای تحقیقات پزشکی هند، نوجوانانی که به طور منظم در فعالیت‌هایی مانند یوگا و مدیتیشن شرکت می‌کنند، گزارش داده‌اند که استرس کمتری دارند و از نظر عاطفی مقاوم‌تر هستند. معنویت همچنین با فراهم کردن زمینه‌ای برای تأمل در مشکلات و یافتن معنا در تجربیات، به نوجوانان کمک می‌کند تا راهبردهای مقابله‌ای بهتری توسعه دهند [۱۴]. بررسی‌های مختلف حاکی از آن است که سطوح بالای سلامت معنوی با کاهش اضطراب، افسردگی و احساس تنهایی ارتباط معناداری دارد. در مطالعه‌ای که در هنگ‌کنگ بر روی دانشجویان آموزش عالی انجام شد، نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی و میزان اضطراب، افسردگی و استرس رابطه منفی معناداری وجود دارد؛ به طوری که دانشجویانی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند، کمتر دچار مشکلات روان‌شناختی بودند [۱۵]. در مطالعه‌ای دیگر، برنامه‌ای مبتنی بر آموزش مهارت‌های معنوی و درونی‌سازی مفاهیمی نظیر امید، بخشش، قدردانی و شفقت، به شکل آنلاین و به مدت هشت هفته اجرا شد. نتایج این کارآزمایی تصادفی نشان داد که این مداخلات منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در نوجوانان و جوانان

شد. همچنین، در جمعیتی از دانش‌آموزان ناشنوا و کم‌شنوا در کشورهای مختلف، مشاوره معنوی منجر به افزایش خودباوری تحصیلی و کاهش استرس‌های روانی شد [۱۶]. از سوی دیگر، پژوهشی که بر روی دانشجویان پرستاری انجام شد نشان داد که سلامت معنوی، به ویژه زمانی که با سرمایه روان‌شناختی شامل امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی همراه باشد، به طور مستقیم و غیرمستقیم باعث ارتقا سلامت روان می‌شود. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که توسعه مهارت‌های معنوی می‌تواند در توانمندسازی روانی و تحصیلی دانش‌آموزان نیز مؤثر واقع شود [۱۷]. در مجموع، شواهد پژوهشی بر اهمیت آموزش و تقویت مؤلفه‌های سلامت معنوی به عنوان عاملی مؤثر در ارتقا سلامت روان، کاهش اضطراب، کاهش احساس تنهایی و افزایش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان تأکید دارند. از این رو، بهره‌گیری از برنامه‌های آموزشی مبتنی بر معنویت می‌تواند رویکردی نوین و کارآمد در نظام تعلیم و تربیت محسوب شود. طی جستجوهای فراگیر در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف، پژوهشی در خصوص اجرای برنامه ارتقا سلامت معنوی بر استرس و احساس تنهایی دختران نوجوان یافت نشد لذا پژوهشگر بر آن شد تا با مطالعه‌ای به منظور تعیین تأثیر اجرای برنامه ارتقا سلامت معنوی بر استرس و احساس تنهایی دختران نوجوان دوره متوسطه شهر گرگان در سال ۱۴۰۰ انجام دهد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی دو گروهی (گروه مداخله اجرای برنامه ارتقا سلامت معنوی و گروه کنترل) با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد (IRCT20211011052733N1) که در سال ۱۴۰۰ روی دختران نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر گرگان انجام شد. در این مطالعه حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد بر اساس فرمول مقایسه میانگین حجم نمونه برآورد شد. حجم نمونه برای هر دو شاخص احساس تنهایی و استرس در مرحله پس‌آزمون به صورت جداگانه محاسبه شد و شاخصی که حجم نمونه بیشتری نیاز داشت، ملاک قرار گرفت. در این مطالعه، برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G*POWER استفاده شد. حجم نمونه نهایی بر اساس شاخص احساس تنهایی ۷۳ نفر برآورد شد و با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش، حجم نمونه نهایی ۸۰ نفر تعیین شد که به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تقسیم شدند. در گروه مداخله، سه نفر به دلیل عدم شرکت در جلسات از مطالعه خارج شدند و در گروه کنترل به دلیل عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها، شش نفر از مطالعه خارج شدند که در نهایت ۳۴ نفر در گروه کنترل و ۳۷ نفر در گروه مداخله باقی ماندند و آنالیز نهایی بر روی ۷۱ نوجوان دختر انجام شد (نمودار شماره ۱).



نمودار ۱. نمودار کانسورت روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری مشارکت کنندگان

کنترل تقسیم شدند. از آن‌جا که پراکندگی نمونه‌ها در هر دبیرستان و احتمال وجود ناهمگنی در برخی ویژگی‌های اولیه بین گروه‌ها وجود داشت، از روش تصادفی‌سازی طبقاتی استفاده شد. در این مطالعه، ابتدا نمونه‌ها بر اساس مرکز بهداشت طبقه‌بندی شدند و سپس در هر طبقه با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، توالی تصادفی تولید شد. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم انتخاب واحد پژوهش (فرم معیارهای ورود و خروج)، پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه احساس تنهایی و پرسش‌نامه اضطراب بود که در ذیل نحوه‌ی تهیه و سپس تأیید روایی و پایایی هر کدام از آن‌ها به تفکیک بیان شده است.

۱- فرم انتخاب واحد پژوهش: این فرم مربوط به انتخاب واحد پژوهش (معیارهای ورود و خروج) بود و شامل ۱۲ سؤال دو گزینه‌ای (بلی/خیر) می‌باشد. از این ۱۲ سؤال، چهار سؤال مربوط به معیارهای ورود در ابتدای پژوهش و سه سؤال مربوط به معیارهای خروج طی مطالعه است. طراحی و تنظیم این معیارها بر اساس مرور گسترده منابع و مشورت با اساتید راهنما و مشاور انجام شد. به منظور روایی این فرم از روش روایی محتوا استفاده شد. به این منظور پرسش‌نامه‌ها و فرم‌های مذکور در اختیار هفت نفر از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفت و پس از اصلاح و اعمال نظرات، روایی آن تأیید شد. از آن‌جا

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن رضایت آگاهانه از نوجوان و والدین، گروه سنی ۱۴ تا ۱۶ سال، جنسیت دختر، مجرد، کسب نمره حداقل ۱۴۰ به بالا از معیار استرس، کسب نمره حداقل ۴۰ به بالا از معیار احساس تنهایی، نداشتن اختلال روان‌پزشکی یا مصرف داروی روان‌پزشکی (بر حسب گزارش خود نوجوان)، نداشتن بیماری مزمن جسمی یا معلولیت ذهنی و جسمی، نداشتن اعتیاد به مواد مخدر (با توجه به اظهار والدین)، عدم وقوع حادثه‌ای استرس‌زا در طی شش ماه اخیر (مانند طلاق والدین یا مرگ یکی از اعضای خانواده که تأثیر بارزی بر آن داشته باشد) و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم رضایت از شرکت در ادامه پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه در کلاس‌های دوره آموزشی بود. نمونه‌گیری به صورت نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای انجام شد. شهر گرگان، ۱۲ دبیرستان فعال دخترانه دارد که وابسته به آموزش و پرورش شهر گرگان هستند. از هر منطقه، یک دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد. در هر دبیرستان، مشارکت‌کنندگان به نسبت جمعیت آن منطقه به صورت سهمیه‌ای انتخاب شدند و پس از تماس با آن‌ها و کسب رضایت، برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. در مرحله دوم، تصادفی‌سازی طبقه‌بندی‌شده (Stratified randomization) انجام شد و شرکت‌کنندگان به دو گروه مداخله و

که فرم حاوی سؤالات عینی بوده و به کرات در سایر مطالعات مورد استفاده قرار گرفته است، لذا پایایی آن تایید شده است. ۲- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: مشتمل بر هشت سؤال مربوط به دختران نوجوان به صورت سؤالات تکمیل کردنی و چند گزینه‌ای در مورد سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، سطح درآمد خانواده و... می‌باشد. این سؤالات بر اساس مطالعات قبلی و مشورت با اساتید محترم راهنما، مشاور و تجربیات افراد صاحب‌نظر در زمینه مطالعات مشابه طراحی شده است. روایی این پرسش‌نامه به روش روایی محتوا با توجه به نظر هفت نفر از اساتید صاحب‌نظر محترم دانشکده پرستاری و مامایی مشهد تایید شد. با توجه به عینی‌بودن و استفاده مکرر سؤالات قسمت اطلاعات دموگرافیک این پرسش‌نامه، پایایی آن تایید شده است. ۳- پرسش‌نامه استاندارد سنجش وضعیت مذهبی دانش‌آموزان: پرسش‌نامه سنجش وضعیت مذهبی شامل ۲۱ گویه است که براساس طیف لیکرت شش درجه‌ای و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف امتیازبندی شده است. هدف این پرسش‌نامه این است که وضعیت مذهبی را در دانش‌آموزان جوان مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد. پایایی و روایی پرسش‌نامه سنجش وضعیت مذهبی دانش‌آموزان جوان توسط لطف‌آبادی [۱۸] در دو تحقیق ملی احراز شده است. پایایی مورد نظر با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمده است. روایی آزمون مذکور از دو طریق به دست آمده است. در پژوهش رستمی [۱۹] نیز پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمده است. ۴- پرسش‌نامه احساس تنهایی: مقیاس احساس تنهایی نخستین‌بار توسط Wheeler و Asher برای سنجش احساس تنهایی در کودکان و نوجوانان طراحی شد [۲۰]. این ابزار با گروه سنی نوجوانان پژوهش حاضر تطابق دارد و دارای روایی و پایایی مناسبی است. در مطالعات مختلف، از جمله پژوهش Wheeler و Asher (با ۵۲۲ کودک)، ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش اسپیرمن-براون و دو نیمه کردن، ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین، پژوهش‌هایی مانند چاری و خیر (با ۳۶۹ نوجوان) و آزاد و همکاران نیز پایایی درونی این پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۵ تأیید کرده‌اند. روایی سازه پرسش‌نامه نیز از طریق تحلیل عاملی با $KMO=0/8$ مورد تأیید قرار گرفته است [۲۱، ۲۲]. پرسش‌نامه احساس تنهایی یک مقیاس ۲۴ ماده‌ای خودگزارشی و مدادکاغذی است که هشت ماده آن انحرافی بوده و به موضوعات مورد علاقه آزمودنی‌ها مربوط می‌شود، اما در نمره‌گذاری مقیاس احساس تنهایی استفاده نمی‌شود. ۱۶ ماده دیگر به دو مؤلفه تقسیم شده است: احساس تنهایی عاطفی و احساس تنهایی اجتماعی؛ که ۱۰ سؤال مربوط به تنهایی عاطفی و ۶ سؤال مربوط به تنهایی اجتماعی است. شیوه نمره‌گذاری سؤالات بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای از «کاملاً همین‌طور است» تا «اصلاً این‌طور نیست» انجام می‌شود. هرچه نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد، نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر است. حداقل نمره قابل کسب برای هر فرد صفر و حداکثر ۸۰ می‌باشد [۱۱]. جهت روایی پرسش‌نامه احساس تنهایی از روش روایی محتوای کیفی استفاده شد. به این صورت جهت ارزیابی در اختیار هفت نفر از اساتید و صاحب‌نظران شامل استاد راهنما و مشاورین

تخصصی و اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد قرار گرفت و پس از لحاظ نمودن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت. پایایی ابزار احساس تنهایی در پژوهش حاضر با روش همسانی درونی ارزیابی شد، بنابراین در محاسبات مربوط به پایایی، مشخص شد که این مقیاس از ثبات درونی مناسب برخوردار است. در این پژوهش ضریب آلفا ۰/۸۱ بود، لذا پایایی آن‌ها نیز مورد تایید می‌باشد. ۵- پرسش‌نامه اضطراب: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۸ توسط اسپنس و همکاران تهیه شده و شامل ۳۸ سؤال چهارگزینه‌ای است که هر سؤال بر روی یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود: اصلاً (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲)، همیشه (۳). این ابزار به‌طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره قابل کسب توسط هر دختر نوجوان بین ۰ تا ۱۱۴ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب شدیدتر می‌باشد [۲۳]. جهت روایی پرسش‌نامه اضطراب از روش روایی محتوای کیفی استفاده شد. به این صورت جهت ارزیابی در اختیار هفت نفر از اساتید و صاحب‌نظران شامل استاد راهنما و مشاورین تخصصی و اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد قرار گرفت و پس از لحاظ نمودن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت. پایایی ابزار اضطراب در پژوهش حاضر با روش همسانی درونی ارزیابی شد، بنابراین در محاسبات مربوط به پایایی، مشخص شد که این مقیاس از ثبات درونی مناسب برخوردار است. در این پژوهش ضریب آلفا ۰/۸۴ بود، لذا پایایی آن‌ها نیز مورد تایید می‌باشد.

پس از کسب موافقت از کمیته اخلاق دانشگاه با شماره کد ۱۴۰۰/۰۷۳ و دریافت معرفی‌نامه رسمی از مسئولین مربوطه دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و ارائه به مسئولین محترم مراکز بهداشتی و کسب اجازه از مسئولین، پژوهش آغاز شد. در گروه مداخله، ۴۰ نفر از دختران نوجوان مقطع متوسطه شهر گرگان در سال ۱۴۰۰ حضور داشتند که بعد از بررسی سطح استرس با استفاده از پرسش‌نامه استرس نوجوانان (ASQ) Adolescent Stress Questionnaire [۲۴] و همچنین بررسی سطح احساس تنهایی با پرسش‌نامه احساس تنهایی Wheeler و Asher [۲۰]، هشت جلسه ۴۰ دقیقه‌ای (دو بار در هر هفته) مداخله خودمراقبتی معنوی که محتوای جلسات آن بر اساس مدل طراحی شده توسط قادری و همکاران [۲۵] طراحی گردید، اجرا شد. این مداخلات در چهار حیطة: ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با جهان خلقت بود. فعالیت‌های جلسات عبارت بود از ۱- چک کردن تکالیف شرکت‌کنندگان که جلسه قبل برای آن‌ها مشخص شد، ۲- دادن بازخورد به شرکت‌کنندگان از سوی پژوهشگر، ۳- بیان فهرست‌وار و خلاصه مطالب قبلی برای ایجاد پیوستگی بین مطالب بحث شده و ایجاد آمادگی ذهنی شرکت‌کنندگان برای بحث جدید، ۴- انجام تمرین‌های جدید، ۵- دادن تکالیف خانگی برای هفته بعد، ۶- بیان توضیحات و جمع‌بندی در خصوص موضوع جلسه، ۷- پیش‌آزمون مطالعه به صورت آنلاین و در ابتدای شروع آموزش‌ها برای هر دو گروه مداخله و کنترل، در محیطی آرام و تحت نظارت پژوهشگر انجام شد.

آموزش‌های گروه مداخله به شیوه سخنرانی و بیناری، همراه با پخش اسلایدهای آموزشی، بحث و تبادل نظر گروهی در فضای مجازی و ارائه تکالیف مرتبط برگزار گردید. این آموزش‌ها در پلتفرم «ایتا» انجام شد که امکان برگزاری کلاس‌های آنلاین و ارتباط گروهی را فراهم می‌کرد. در مقابل، گروه کنترل هیچ مداخله آموزشی از سوی پژوهشگر دریافت نکردند و تنها آموزش‌ها و فعالیت‌های معمول مدرسه را دنبال کردند. برای جلوگیری از انتقال اطلاعات بین گروه‌ها، آموزش‌ها به صورت مجزا و در محیط‌های جداگانه برگزار شد و به شرکت‌کنندگان تأکید شد که اطلاعات آموزشی را با سایر دانش‌آموزان به اشتراک نگذارند. سپس بعد از اتمام کلاس‌های آموزشی مجدداً پرسش‌نامه استرس نوجوانان ASQ و همچنین پرسش‌نامه احساس تنهایی Wheeler و Asher در اختیار آن‌ها قرار گرفت و آن‌ها پرسش‌نامه را تکمیل کردند. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. در پایان ضمن تقدیر از همکاری آزمودنی‌ها، مطالب ارائه‌شده به گروه مداخله نیز چاپ گردید و در جلسه آخر به گروه کنترل تحویل داده شد (جدول شماره ۱). پس از جمع‌آوری و کدبندی، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ شدند و پس از کسب اطمینان از صحت آن‌ها جهت تجزیه و تحلیل از روش‌های آماری مناسب استفاده شد. در قسمت آمار توصیفی جهت توصیف مشخصات واحدهای پژوهش، از جداول توزیع فراوانی (تعداد و درصد)، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. در آمار تحلیلی، ابتدا نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی با استفاده از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک بررسی شد تا از به‌کارگیری آزمون‌های آماری مناسب اطمینان حاصل شود. سپس همگنی دو گروه از لحاظ متغیرهای کیفی با استفاده از آزمون‌های کای-اسکوئر، دقیق فیشر و دقیق کای-اسکوئر و از لحاظ متغیرهای کمی با آزمون تی مستقل (و برای متغیرهای دارای توزیع غیرنرمال با آزمون من-

ویتنی) ارزیابی شد. برای مقایسه دو گروه از لحاظ میانگین نمره احساس تنهایی و نمره استرس در هر یک از مراحل پیش و پس از مداخله، از آزمون تی مستقل و برای متغیرهای دارای توزیع غیرنرمال از آزمون من-ویتنی استفاده شد. به منظور مقایسه‌های درون‌گروهی از لحاظ میانگین نمره احساس تنهایی و همچنین نمره استرس از آزمون تی زوجی (و در صورت غیرنرمال بودن متغیرها از آزمون ویلکاکسون) استفاده شد. همچنین جهت سنجش اثر متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر بر احساس تنهایی و استرس، از آزمون آماری چند متغیره آنالیز واریانس دوطرفه استفاده شد. به منظور تعیین همبستگی بین بعضی از متغیرهای کمی زمینه‌ای و مداخله‌گر با احساس تنهایی و استرس، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و یا اسپیرمن استفاده شد. در تمامی آزمون‌های آماری به کار رفته، ضریب اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0.05$) و توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta = 0.80$) لحاظ شد. کلیه موازین اخلاقی مصوب شورای پژوهش رعایت شد. بدین منظور، اجازه‌نامه کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۴۰۰۳۸۴ و کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1400.073 اخذ گردید و معرفی‌نامه رسمی از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی مشهد به مسئولین مراکز بهداشت ارائه شد. از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی پس از توضیح هدف و روش اجرای پژوهش دریافت شد و توضیحات کامل درباره موضوع، هدف و روش مطالعه در ابتدای پژوهش ارائه شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد بود و نتایج به صورت کلی گزارش می‌شود و همچنین هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. سؤالات شرکت‌کنندگان در طول مطالعه پاسخ داده شد و حقوق نویسندگان در تمامی انتشارات حاصل از تحقیق رعایت گردید. همچنین یک نسخه از پژوهش در اختیار کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی مشهد قرار گرفت.

جدول ۱: مراحل و محتوای برنامه ارتقا سلامت معنوی (بر اساس مدل سلامت معنوی رزاقی)

جلسات	ابعاد (نوع ارتباط)	موضوعات
جلسه اول و دوم	ارتباط با خدا	درک اهمیت و تمرین دوستی با خدا آموزش و تمرین توانایی استفاده از منابع معنوی برای حل مسائل زندگی روزمره چرا ما مکلف شویم؟ نقش و تأثیر تکلیف در زندگی
جلسه سوم و چهارم	ارتباط با خود	پاسخ به سؤال من کیستم؟ درک ارزش و جایگاه هر فرد در زندگی (خودارزشمندی) خودکنترلی (عاقبت‌اندیشی - خودمراقبتی - خودحسابگری - خودبخودگی)
جلسه پنجم	ارتباط با دیگران	چگونگی ارتباط با والدین دوستی‌های سرنوشت‌ساز الگوهای دوست‌یابی
جلسه ششم و هفتم	ارتباط با دیگران	حسن خلق مهرورزیدن به اطرافیان شرکت در مناسک اجتماعی - فرهنگی - مذهبی
جلسه هشتم	ارتباط با جهان خلقت	شناخت و تفکر در هدف آفرینش و خلقت جهان تمرین توانایی دیدن همه نشانه‌های خداوند در زندگی خود

یافته‌ها

طبق آزمون کای اسکوتر از نظر مقطع تحصیلی دانش‌آموز، تحصیلات والدین، شغل والدین و میزان درآمد خانواده در گروه کنترل و مداخله، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P \geq 0.05$) (جدول شماره ۳).

بین میانگین و انحراف معیار سن پدر و مادر نوجوانان مورد مطالعه در گروه مداخله و گروه کنترل طبق آزمون تی مستقل تفاوت معناداری وجود نداشت ($P \geq 0.05$) (جدول شماره ۲)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن نوجوانان و سن والدین به تفکیک گروه‌ها

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	کنترل	مداخله	
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
$t = -1/289$ $Df = 69$ $p = 0/202$	$16/35 \pm 0/64$	$16/16 \pm 0/60$	سن نوجوانان دختر (سال)
$t = 0/838$ $Df = 69$ $p = 0/405$	$41/05 \pm 5/57$	$42/13 \pm 5/24$	سن مادر (سال)
$t = 0/102$ $Df = 69$ $p = 0/919$	$46/61 \pm 7/70$	$46/78 \pm 5/92$	سن پدر (سال)

جدول ۳: توزیع فراوانی مقطع تحصیلی نوجوانان مورد مطالعه بر حسب شغل والدین به تفکیک گروه

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	کنترل	مداخله	
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	
$Chi2 = 0/372$ $P = 0/542$	۱۵ (۴۴/۱)	۱۹ (۵۱/۴)	کلاس دهم
	۱۹ (۵۵/۹)	۱۸ (۴۸/۶)	کلاس یازدهم
	۳۴ (۱۰۰/۰)	۳۷ (۱۰۰/۰)	کل
$Chi2 = 3/33$ $P = 0/523$	۷ (۲۰/۶)	۴ (۱۰/۸)	بی‌سواد
	۷ (۲۰/۶)	۱۲ (۳۲/۴)	زیر دیپلم
	۱۰ (۲۹/۴)	۱۲ (۳۲/۴)	دیپلم
	۱۰ (۲۹/۴)	۹ (۲۴/۳)	دانشگاهی
	۳۴ (۱۰۰/۰)	۳۷ (۱۰۰/۰)	کل
$Chi2 = 0/241$ $P = 0/886$	۱۴ (۴۱/۲)	۱۶ (۴۳/۲)	زیر دیپلم
	۱۰ (۲۹/۴)	۱۲ (۳۲/۴)	دیپلم یا کمتر
	۱۰ (۲۹/۴)	۹ (۲۴/۳)	دانشگاهی
	۳۴ (۱۰۰/۰)	۷ (۱۰۰/۰)	کل
$Chi2 = 2/2$ $P = 0/805$	۱۶ (۴۷/۱)	۱۷ (۴۶/۰)	خانه‌دار
	۱۱ (۳۲/۴)	۱۲ (۳۲/۴)	کارمند
	۷ (۲۰/۶)	۸ (۲۱/۶)	کار در منزل
	۳۴ (۱۰۰/۰)	۳۷ (۱۰۰/۰)	کل
$Chi2 = 3/2$ $P = 0/354$	۱۵ (۴۴/۱)	۱۹ (۵۱/۴)	کارمند
	۱۲ (۳۵/۳)	۱۰ (۲۷/۰)	آزاد
	۷ (۲۰/۶)	۸ (۲۱/۶)	سایر
	۳۴ (۱۰۰/۰)	۳۷ (۱۰۰/۰)	کل
$Chi2 = 3/063$ $P = 0/80$	۱۸ (۵۲/۹)	۲۷ (۷۳/۰)	کمتر از حد کفاف
	۱۶ (۴۷/۱)	۱۰ (۲۷/۰)	در حد کفاف
	۳۴ (۱۰۰/۰)	۳۷ (۱۰۰/۰)	کل

میانگین و انحراف معیار معدل نوجوانان مورد مطالعه در گروه مداخله $16/46 \pm 1/58$ و در گروه کنترل $16/21 \pm 1/38$ بود. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنادار نشان نداد ($P=0/474$).

میانگین و انحراف معیار سنجش وضعیت مذهبی دانش‌آموزان نوجوان مورد مطالعه در گروه مداخله $87/37 \pm 13/18$ و در گروه کنترل $84/17 \pm 12/27$ بود. آزمون یو من ویتنی این تفاوت را معنادار نشان نداد ($P=0/294$).

میانگین احساس تنهایی قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری با هم نداشت ($P=0/921$) ولی بعد از مداخله تفاوت معنادار شد ($P=0/007$). اختلاف میانگین احساس تنهایی قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت معناداری نشان داد ($P<0/01$). در مقایسه درون‌گروهی، در گروه مداخله، احساس تنهایی قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی زوجی تفاوت

معنادار داشت ($P<0/01$)، اما این تفاوت در گروه کنترل معنادار نبود ($P=0/235$). همچنین، میانگین میزان اضطراب دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت معناداری با هم نداشت ($P=0/962$) ولی بعد از مداخله تفاوت معناداری با هم نشان دادند ($P=0/007$). اختلاف میانگین احساس اضطراب قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت معناداری داشتند ($P<0/001$). در مقایسه درون‌گروهی در گروه مداخله احساس اضطراب قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی زوجی تفاوت معناداری داشت ($P<0/001$). اما این تفاوت در گروه کنترل معنادار نبود ($P=0/594$) (جدول شماره ۴). طبق آزمون همبستگی پیرسون، وضعیت مذهبی دختران ارتباط خطی معکوسی با احساس تنهایی و اضطراب آن‌ها دارد و همچنین در ارتباط با دو متغیر احساس تنهایی و اضطراب رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ($P<0/001$).

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی و اضطراب نوجوانان مورد مطالعه طی مراحل به تفکیک گروه

احساس تنهایی	گروه		نتیجه آزمون
	مداخله	کنترل	
احساس تنهایی	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
	قبل از مداخله	$43/16 \pm 6/32$	$t = -0/207$ $P = 0/921$
	بعد از مداخله	$38/45 \pm 5/45$	$t = 2/256$ $P = 0/007$
	اختلاف قبل با بعد از مداخله	$-4/70 \pm 2/69$	$t = 7/219$ $P = 0/000$
	مقایسه درون‌گروهی	$t = 10/609$ $P = 0/000$	$t = 0/719$ $P = 0/235$
احساس اضطراب	قبل از مداخله	$25/94 \pm 8/73$	$t = -0/048$ $P = 0/962$
	بعد از مداخله	$18/43 \pm 6/82$	$t = 3/319$ $P = 0/001$
	اختلاف قبل با بعد از مداخله	$-7/51 \pm 4/51$	$t = 8/582$ $P = 0/000$
	مقایسه درون‌گروهی	$t = 9/809$ $P = 0/000$	$t = 0/539$ $P = 0/594$

بحث

در راستای هدف اختصاصی اول «تعیین تأثیر اجرای برنامه ارتقای سلامت معنوی بر احساس تنهایی دختران مقطع متوسطه شهر گرگان» نتایج نشان داد مداخله مبتنی بر ارتقای سلامت معنوی در این مطالعه توانست بر کاهش احساس تنهایی دختران مقطع متوسطه شهر گرگان تأثیرگذار باشد. اگرچه تاکنون پژوهشی به طوری مستقیم، با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه ارتقای سلامت معنوی بر احساس تنهایی دختران مقطع متوسطه انجام نگرفته است، با این وجود، پژوهش حاضر به طور غیرمستقیم با تعدادی از پژوهش‌های پیشین که متغیرهای نزدیک به عنوان این پژوهش داشتند، همسویی نشان می‌دهد. موسوی

و دهشیری [۲۶] مطالعه‌ای کیفی با عنوان «پیش‌بینی‌کننده‌های احساس تنهایی در نوجوانان: نقش جنسیت، رفتارهای فرزندپروری والدین، کیفیت دوستی و کم‌رویی» انجام دادند که با توجه به یافته‌های این مطالعه به این نتیجه دست پیدا کردند که رفتار والدینی، کم‌رویی و کیفیت دوستی با تنهایی همبستگی دارد. همچنین، یافته‌ها نشان داد که سطح پایین کیفیت دوستی و سطح بالای رفتار والدینی هم در طرد و هم در کنترل بیش از حد با سطح بالای تنهایی در نوجوانان همبستگی مثبت دارد. علاوه بر این، نتایج نشان داد که نوجوانان پسر بیشتر از نوجوانان دختر احساس تنهایی می‌کنند. نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر تعدادی مفاهیم را ارائه می‌کند که می‌تواند در پیشنهاد تلاش‌های

مداخله‌ای برای ارتقای رشد و رشد ایده‌آل در طول سال‌های نوجوانی سودمند باشد. همچنین تأیید شده است که گرمی و پذیرش والدین با تنهایی ارتباط منفی دارد. نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش‌های Kiff و همکاران [۲۷]، Shin و همکاران [۲۸] و Liu و همکاران [۲۹] همسو می‌باشند. نعیمی مطالعه‌ای با هدف "مؤلفه‌های احساس تنهایی دختران نوجوان مبتنی بر تجارب زیسته‌ی آنان" انجام داد. در این مطالعه یافته‌های پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های احساس تنهایی نوجوانان دختر به ترتیب عبارت هستند از: ۱- احساس تنهایی خانوادگی ۲- احساس تنهایی ارتباطی/ اجتماعی ۳- احساس تنهایی هیجانی/ فردی. با توجه به نتایج مصاحبه و بررسی عمیق تجارب دختران نوجوان از احساس تنهایی، به نظر می‌رسد آنان بیشتر از احساس تنهایی در محیط خانواده مثل احساس طرد شدن، شنیده نشدن، سرزنش شدن و همچنین عدم اعتماد خانواده به آنان رنج می‌برند. در ارتباطات و محیط اجتماعی، احساس عمیق برآورده نشدن نیاز به همدم، هم صحبت، همراه و حامی دارند، از احساس عدم اشتراک با دیگران رنج می‌برند، از برقراری ارتباط با دیگران ناتوان هستند و در جمع احساس تنهایی می‌کنند. همچنین به لحاظ هیجانی و فردی احساساتی چون بی‌اعتمادی به دیگران، ناامیدی و تسلیم شدن در برابر تنهایی را تجربه می‌کنند و از ابراز احساسات خود ناتوان هستند. براساس یافته‌های این مطالعه، نتیجه‌ای که می‌شود گرفت این است که احساس تنهایی خانوادگی، بخش مهمی از احساس تنهایی نوجوانان دختر را شکل می‌دهد و پس از آن به ترتیب عامل ارتباطی/ اجتماعی و هیجانی/ فردی. با توجه به این‌که این پژوهش در بافت فرهنگی کشور ایران صورت گرفته است، به منظور پیشگیری و یا درمان احساس تنهایی نوجوانان دختر، ضروری به نظر می‌رسد که این مؤلفه‌ها در مداخلات درمانی و برنامه‌های آموزشی مورد توجه قرار گیرد [۳۰]. همچنین، در پژوهشی دیگر که مهراندیش و همکاران با عنوان «مؤلفه‌های احساس تنهایی مرتبط با دوستان در دختران نوجوان در پژوهش پدیدارشناسی» انجام دادند، یافته‌ها نشان دادند که مؤلفه‌های احساس تنهایی در ارتباط با دوستان در دختران نوجوان به ترتیب عبارت بود از ۱- احساس مورد پذیرش نبودن و عدم تعلق به گروه دوستی ۲- عدم آرامش و داشتن مرزهای سخت در ارتباط با دوستان ۳- کمیت و کیفیت پایین دوستی ۴- اهمیت ارزشیابی دوستان و همسالان ۵- زمینه‌های بازدارنده‌ی ارتباطی. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سوگیری‌های شناختی مرتبط با رشد شناختی درونی نوجوانی و همچنین عواملی چون ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر با دوستان و عموماً بی‌اعتمادی است که انگیزه‌ی ارتباط مجدد را در نوجوان تنها تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث دور شدن هر چه بیشتر نوجوان از دوستان و پیش‌روی به سوی احساس تنهایی مزمن می‌گردد [۳۱]. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که افراد دارای تحصیلات زیردپلم، بیشترین احساس تنهایی را دارند و کمترین احساس تنهایی مربوط به افراد دارای تحصیلات دیپلم بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش مجذوبی با عنوان «اثربخشی خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان» هماهنگ و همسو است. نتایج

آماري این مطالعه نشان داد که اختلاف معناداری بین نمرات احساس تنهایی در افراد بی‌سواد با افراد دارای سواد وجود دارد [۳۲]. این یافته با مطالعه فرامرزی و مرادی همسو است [۳۳]. در راستای هدف اختصاصی دوم «تعیین تأثیر اجرای برنامه ارتقای سلامت معنوی بر استرس دختران مقطع متوسطه شهر گرگان در سال ۱۴۰۰» نتایج نشان داد مداخله مبتنی بر ارتقای سلامت معنوی در این مطالعه توانست بر کاهش استرس دختران مقطع متوسطه شهر گرگان تأثیرگذار باشد. همانند هدف اختصاصی اول، پژوهشی به طوری مستقیم، با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه ارتقای سلامت معنوی بر استرس دختران مقطع متوسطه انجام نگرفته است، با این وجود، پژوهش حاضر به طور غیرمستقیم با تعدادی از پژوهش‌های پیشین که متغیرهای نزدیک به عنوان این پژوهش داشتند، همسویی نشان می‌دهد. برومندزاده و کریمی مطالعه‌ای با هدف «تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر سلامت عمومی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تبریز» انجام داده‌اند. براساس یافته‌های به دست آمده نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های معنوی بر اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه اثر دارد و این اثربخشی در سطح معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های معنوی موجب افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه می‌گردد و این اثربخشی در سطح معنادار بود. بنابراین، بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های معنوی موجب کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی در دانش‌آموزان دختر می‌گردد، زیرا دانش‌آموزان دختر توجه بیشتری به امور معنوی دارند و طی جلسات آموزش مهارت‌های معنوی، با مزایای استفاده از مهارت‌های معنوی و تأثیرات آن‌ها آشنا شدند و یاد گرفتند که چگونه این مهارت‌ها را در موقعیت‌های مختلف زندگی به کار بندند تا کمتر دچار اضطراب شوند. همچنین، دانش‌آموزان آموختند که در شرایط مختلف از مهارت‌هایی همچون ذکر، صبر، بخشش، صله رحم و غیره استفاده نمایند و از این طریق سلامت عمومی خود را حفظ کرده و ارتقا دهند. در جلسات آموزشی آنان آموختند که خطرهای بحران‌ها را بیش از حد وخیم ارزیابی نکنند و سعی کنند در حوادث معنا و مفهوم بیابند و بدانند که گاهی مشکلات منجر به رشد و تعالی انسان می‌گردد و سعی نمایند به جای تمرکز بر مشکلات به نحوه‌ی مقابله با مشکل تمرکز نمایند و از مهارت‌های معنوی آموخته‌شده‌ی خود برای حل مشکلات استفاده نمایند [۳۴]. در این مطالعه به وضوح سلامت معنوی بر استرس و اضطراب تأثیر گذاشته است که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. همچنین جامعه‌ی مورد مطالعه با جامعه پژوهش حاضر مشترک می‌باشد که این موضوع صحت نتایج مطالعه حاضر را دوچندان می‌کند. رحیمی و همکاران مطالعه‌ای با عنوان «ارتباط سلامت معنوی و میزان اضطراب در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۳» انجام داده‌اند. بر اساس یافته‌های به دست آمده، میانگین سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی و فوریت در حد متوسط و میانگین اضطراب آن‌ها کم بود. همچنین بین سلامت معنوی و میزان اضطراب، همبستگی معکوس وجود داشت.

براساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که اهمیت پرداختن به موضوع معنویت در بین دانشجویان پرستاری، مامایی و فوریت پزشکی را مورد تاکید قرار می‌دهد. با توجه به این که برخورداری از سلامت معنوی موجب کاهش اضطراب می‌شود، لازم است برای ارتقای سطح معنویت دانشجویان و کاهش اضطراب آن‌ها، برنامه‌ریزی‌های لازم صورت گیرد [۳۵]. معنویت تأمین‌کننده حمایت اجتماعی در جنبه‌های انسانی و الهی، به وجود آورنده مثبت‌نگری، خوش‌بینی، هدفمندبودن، امیدواری و انگیزش است. همچنین، موجب افزایش توانمندی فرد، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با تنش‌ها و مشکلات می‌شود. پس بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت میان استرس با معنویت رابطه معکوسی وجود داشته و معنویت با سلامتی، احساس خوب داشتن و بهبودی، ارتباط دارد؛ به طوری که کاهش سلامت معنوی در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و افسردگی همراه است. نصیرزاده و همکاران [۳۶] مطالعه‌ای با هدف «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دبیرستان» انجام دادند. یافته‌های این پژوهش بیانگر اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان دختر دبیرستان شهر الشتر بود. در این پژوهش، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نسبت به قبل از انجام مداخله کاهش معناداری در نمرات اضطراب را نشان داد. به طوری که میزان ضریب اضطراب در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون آن برابر ۰/۵۱ است، که تأییدی بر تأثیر آموزش تاب‌آوری بر میزان این متغیر می‌باشد. این یافته با یافته‌های پژوهش Loprinzi و همکاران [۳۷] و Keefe و همکاران [۳۸] همسو می‌باشد. بیگی و همکاران [۳۹] در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر تاب‌آوری میزان عزت نفس دانش‌آموزان و در نتیجه سلامت روانی آن‌ها را افزایش می‌دهد. رضایی در سال ۱۳۹۲ در پژوهش خود نشان دادند که بین اضطراب، احساس تنهایی و افسردگی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد [۴۰]. باورها و فرض‌های ناکارآمد در استرس بسیار متنوع هستند. تقریباً اکثر آن‌ها در حیطه موضوع‌های مسئولیت، کنترل خویشتن و پذیرش می‌باشد. وقتی فردی دچار استرس می‌شود تغییراتی در رفتار و توجه او شکل می‌گیرد. در برنامه‌های آموزش ارتقای سلامت معنوی مؤلفه‌هایی مانند مسئولیت‌پذیری، مدیریت اضطراب و استرس، کنترل هیجانات، خودکارآمدی و اعتماد به نفس از مؤلفه‌هایی هستند که نقش اساسی در خنثی کردن استرس دارند. Chen و همکاران مطالعه‌ای با عنوان «ارتباط بین بهزیستی معنوی، کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان زنان در چین» انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که بهزیستی معنوی با کاهش اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی بهتر مرتبط است. داشتن وابستگی مذهبی رسمی با سطوح بالاتری از رفاه معنوی همراه است. ارائه‌دهندگان سلامت باید مراقبت معنوی بیشتری را برای بیماران غیرمذهبی ارائه دهند تا به آن‌ها کمک کنند تا با استرس‌های مرتبط با سرطان کنار بیایند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید مراقبت معنوی را با مشاوره روان‌شناختی ترکیب کنند تا به بیماران مبتلا به سرطان زنان کمک کنند، به ویژه کسانی که کیفیت زندگی پایین یا علائم شدید دارند، یا

اضطراب یا افسردگی را تجربه می‌کنند تا با پریشانی و تجربه بیماری کنار بیایند [۴۱]. همچنین حسینی پور و نیکنام پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه سلامت معنوی با اضطراب هستی و اضطراب مرضی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان» انجام دادند. بر اساس یافته‌های به دست آمده بین هر دو بعد مذهبی و وجودی سلامت معنوی با اضطراب هستی، رابطه مثبت معناداری وجود داشت؛ ولی این رابطه بین دو بعد سلامت معنوی و اضطراب مرضی بیماران معنادار نبود. نتایج نشان دادند که بین هر دو بعد مذهبی و وجودی سلامت معنوی با اضطراب هستی رابطه مثبت معناداری وجود داشت [۴۲]. در تبیین این مطالعه می‌توان بیان کرد، افرادی که حدی از اضطراب هستی را تجربه می‌کنند، در پی کاهش اضطراب و به عنوان یک پاسخ، احتمالاً به جستجوی کشف یا جعل معنا و تجربه‌های معنوی می‌روند. چرا که اساساً تجربه‌های معنوی و معنویت اصیل، پاسخی است به اضطراب بنیادین در مواجهه با نیستی و مرگ. همچنین پاسخی است به اضطراب ناشی از تنهایی و مسئولیت در دنیایی که به خودی خود معنایی در دسترس قرار نمی‌دهد؛ باید معنای آن را کشف کرد و یا باید معنایی برایش آفرید. سلامت معنوی با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی از جمله استرس، موجب بهبود و ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان دختر شده و سطح سازگاری آنان را در رویدادهای جدید زندگی افزایش می‌دهد. سوداگر و رامبد مطالعه‌ای با عنوان «شیوع استرس، اضطراب و افسردگی و ارتباط آن‌ها با سلامت معنوی در بزرگسالان مبتلا به دیابت» انجام دادند. براساس یافته‌های به دست آمده، بین سلامت معنوی با اضطراب و افسردگی ارتباط وجود داشت. به علاوه سلامت معنوی تنها به وسیله افسردگی، پیش‌گویی می‌شد. یافته‌های این مطالعه گویای وجود استرس و افسردگی در بیش از یک سوم بیماران بود. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان مضطرب بودند. بین سلامت معنوی با اضطراب و افسردگی ارتباط وجود داشت. لذا انجام غربالگری این بیماران به منظور شناخت مشکلات روحی و روانی آن‌ها و ارائه مداخلات سلامت معنوی در جهت کاهش احتمالی این مشکلات پیشنهاد می‌شود [۴۳]. همچنین در مطالعه‌ای که Zaheri و Ghanbari Afra با عنوان «ارتباط اضطراب، استرس و افسردگی با سلامت معنوی در بیماران سندرم حاد عروق کرونری» انجام دادند، براساس یافته‌ها اضطراب و استرس با بعد سلامت وجودی و افسردگی با هر دو بعد سلامت وجودی و مذهبی همبستگی معناداری را نشان دادند. همچنین، در افراد با سن بالا، میزان افسردگی و استرس بالاتر بود، اما سلامت وجودی کاهش داشت. از سوی دیگر در افراد با سابقه بیماری مزمن، استرس، افسردگی و سلامت وجودی و مذهبی بیشتر بود. در افراد با سابقه مصرف داروی قلبی نیز افسردگی کمتر بود، اما استرس، اضطراب و سلامت وجودی و مذهبی بیشتری مشاهده شد. بر اساس نتایج، مشاهده شد که در میان مبتلایان به سندرم حاد عروق کرونری، افرادی که نمره سلامت معنوی بیشتری را کسب نمودند، اضطراب، استرس و افسردگی کمتری را تجربه می‌کردند، از این‌رو، پیشنهاد می‌شود پرستاران با حضور مشاوران دینی، برنامه‌های

آموزشی خودمراقبتی را در بیمارستان‌ها و حتی پس از ترخیص با جدیت بیشتری پیگیری نمایند تا از این طریق بتوان به افزایش سلامت معنوی و کاهش اضطراب، استرس و افسردگی در آن‌ها کمک نمود. لازم به ذکر است که در این میان، افراد بالاتر از ۵۰ سال با سابقه بیماری مزمن و مصرف داروی قلبی باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند [۸]. نتایج این مطالعات بر یافته‌های مطالعه‌ی حاضر صحنه گذاشتند که با به‌کارگیری آموزش براساس سلامت معنوی می‌توان بر بهبودی وضعیت استرس و احساس تنهایی تأثیر داشته باشد که به طبع باعث افزایش عملکرد در حیطه‌های متنوع دانش‌آموزان دختر می‌شود. اما در راستای ناهمسو بودن با نتایج مطالعه حاضر، رحیم نژاد و همکاران مطالعه‌ای با عنوان «رابطه سلامت معنوی با اضطراب در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی» انجام دادند که بر اساس یافته‌های به دست آمده نتایج فراوانی اضطراب در زن باردار مورد مطالعه ۶۹/۴ درصد بود. ارتباط سلامت معنوی با اضطراب از نظر آماری معنادار نبود. فراوانی اضطراب بر اساس سن مادر، سن حاملگی، تعداد بارداری، تعداد زایمان، سابقه سقط، تحصیلات، رضایت مادران و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سن حاملگی و جنس نوزاد تفاوت آماری معناداری ندارد. علت این اختلاف ممکن است ناشی از تفاوت در حجم نمونه مورد مطالعه، تفاوت در مشخصات دموگرافیکی افراد، تفاوت در کنترل اثر مخدوش‌کننده‌ها به خصوص معیار ورود و خروج از مطالعه باشد. نتیجه‌ی این مطالعه بر این اساس بوده است که با توجه به شیوع بالای اضطراب در زنان باردار، توجه بیشتر به غربالگری، شناسایی فاکتورهای خطر به منظور شناسایی مادران باردار در معرض اضطراب امری ضروری است [۴۴]. در مقایسه‌ی نتایج پژوهش ما با مطالعه‌ی رحیم‌نژاد و همکاران، می‌توان بیان کرد که تفاوت در جامعه‌ی هدف و همچنین انجام مداخله در مطالعه‌ی ما، نتایج متفاوتی را ارائه خواهد کرد [۴۴].

نتیجه‌گیری

طراحی جلسات توانمندسازی بر اساس نیازهای آموزشی استرس و احساس تنهایی، قابلیت اجرایی مهارت‌ها و سلامت معنوی و مشارکت مؤثر دانش‌آموزان نوجوان دختر باعث کاهش استرس و احساس تنهایی در آن‌ها گردیده است و دانش‌آموزان دختر طی جلسات آموزش مهارت‌های معنوی، با مزایای استفاده از مهارت‌های معنوی و تأثیرات آن‌ها آشنا شدند و یاد گرفتند که چگونه این مهارت‌ها را در موقعیت‌های مختلف زندگی به کار بندند تا کمتر دچار استرس و تنهایی شوند. همچنین دانش‌آموزان آموختند که در شرایط مختلف از مهارت‌هایی همچون ذکر، صبر، بخشش، صلح‌رجم و غیره استفاده نمایند و از این طریق سلامت عمومی خود را حفظ کرده و ارتقا دهند. در جلسات آموزشی آنان آموختند که خطرهای بحران‌ها را بیش از حد وخیم ارزیابی نکنند و سعی کنند در حوادث معنا و مفهوم بیابند و بدانند که گاهی مشکلات منجر به رشد و تعالی انسان می‌گردد و سعی نمایند بجای تمرکز بر مشکلات به نحوه‌ی مقابله با مشکل تمرکز نمایند و از مهارت‌های معنوی آموخته شده‌ی خود برای

حل مشکلات استفاده نمایند. همچنین کاهش عزت نفس در نوجوانان سبب احساس تنهایی در نوجوانان می‌شود چرا که افرادی که عزت نفس پایینی دارند، منزوی شده و از ارتباط با دیگران اجتناب می‌کنند که همین عامل استرس فرد را تشدید می‌کند و باعث افت کیفیت زندگی نوجوان می‌شود که با به‌کارگیری ابعاد سلامت معنوی کیفیت زندگی نوجوان بهبود پیدا می‌کند و به طبع دچار مشکلات عنوان شده نخواهد شد. این‌گونه مداخلات آموزشی با توجه به کارآمدی، کم هزینه بودن، ایمنی و تأثیرگذاری مثبت می‌تواند به جامعه‌های مختلف مخصوصاً دانش‌آموزان مقطع‌های مختلف و در هر دو جنس کمک کند. با توجه به تأثیر مثبتی که سلامت معنوی بر کاهش استرس و احساس تنهایی داشته است، لذا می‌توان با شناسایی دانش‌آموزانی که در این ابعاد دچار مسئله هستند و از آن رنج می‌برند، با استفاده از این روش آموزشی، کمک کرد. پیشنهاد می‌شود که سازمان‌های دولتی از جمله آموزش و پرورش، بهزیستی، امور ورزش و جوانان و حتی دانشگاه‌ها، مبادرت به برگزاری دوره‌های آموزشی در مورد مهارت‌های زندگی کنند تا نوجوانان و جوانان از وجود و تأثیرگذاری این‌گونه مهارت‌ها بر زندگی خود آگاهی بیشتری داشته و از آن‌ها در زندگی روزمره خود استفاده نمایند. در این پژوهش در روند اجرا، عدم همکاری شرکت‌کنندگان در پژوهش و پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها یک محدودیت محتمل است که تلاش شد با ارائه اطلاعات دقیق و تضمین رازداری از سوی پژوهشگر، توضیح در مورد نحوه مشارکت و اهداف مطالعه از طریق رضایت‌نامه کتبی این مشکل احتمالی کنترل شود. شرایط روحی-روانی واحدهای پژوهش می‌تواند بر نحوه‌ی پاسخگویی آن‌ها به پرسش‌نامه‌ها تأثیرگذار باشد که سعی شد در زمان مناسب و با حداکثر راحتی، ابزارهای مطالعه جهت تکمیل در اختیار آنها قرار گیرد. عدم دسترسی یا آشنایی دانش‌آموزان با تلفن همراه یا دیتا (GPRS) نیز یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود.

مطالعه حاضر از چندین نقطه قوت قابل توجه برخوردار است: نخست، موضوع پژوهش نوآورانه و همسو با رویکردهای نوین ارتقای سلامت روان است و بر اهمیت معنویت به‌عنوان یک راهکار غیر دارویی در کاهش استرس و احساس تنهایی نوجوانان تأکید دارد. انتخاب جامعه هدف یعنی دختران نوجوان دوره متوسطه، با توجه به حساسیت این دوره از رشد و آسیب‌پذیری بیشتر در برابر مشکلات روان‌شناختی، از دیگر نقاط قوت این مطالعه محسوب می‌شود. استفاده از طرح تجربی شاهددار تصادفی و به‌کارگیری ابزارهای معتبر برای سنجش متغیرها، اعتبار نتایج را افزایش داده است. علاوه بر این، برگزاری جلسات آموزشی منظم و ساختارمند در قالب برنامه ارتقا سلامت معنوی، انسجام مداخله را تضمین کرده است. با این حال، مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز هست که باید مورد توجه قرار گیرد. حجم نمونه نسبتاً محدود و انجام پژوهش در یک شهر خاص، تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی ممکن است باعث سوگیری پاسخ‌ها شود و تأثیر عوامل

سهم نویسندگان

حمیده رهنما عراقی ایده‌پردازی و طراحی مطالعه را بر عهده داشت و بر اجرای پژوهش نظارت نمود. طاهره صادقی راهنمایی علمی، تحلیل و تفسیر داده‌ها و ویرایش نهایی مقاله را انجام داد. نغمه رزاقی در جمع‌آوری داده‌ها و اجرای مداخله آموزشی مشارکت داشت. زهرا سبزی در طراحی ابزار گردآوری داده و تحلیل آماری همکاری کرد. پریسا شجاعی جستجوی منابع، نگارش پیش‌نویس اولیه و انجام اصلاحات ساختاری و محتوایی مقاله را انجام داد. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را خوانده و تأیید کرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

پس از کسب موافقت از کمیته اخلاق دانشگاه با شماره کد IR.MUMS.NURSE.REC.1400.073 و دریافت معرفی نامه رسمی از مسئولین مربوطه دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و ارائه به مسئولین محترم مراکز بهداشتی و کسب اجازه از مسئولین، پژوهش آغاز شد.

حمایت مالی

این طرح با کد ۴۰۰۳۸۴ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شده است و حامی مالی این طرح بوده است.

REFERENCES

1. UNICEF. Adolescent demographics [Internet]. 2021. [Link]
2. Casey BJ, Jones RM, Levita L, Libby V, Pattwell SS, Ruberry EJ, et al. The storm and stress of adolescence: insights from human imaging and mouse genetics. *Dev Psychobiol.* 2010;52(3):225–35. PMID:2022060 DOI:10.1002/dev.20447
3. Galván A. Insights about adolescent behavior, plasticity, and policy from neuroscience research. *Neuron.* 2014;83(2):262–5. PMID:25033176 DOI:10.1016/j.neuron.2014.06.027
4. Spear L. The behavioral neuroscience of adolescence. New York: W.W. Norton & Company; 2010. DOI:10.1007/s10615-011-0320-y
5. Shek DTL, Zhu X. Self-reported risk and delinquent behavior and problem behavioral intention in Hong Kong adolescents: The role of moral competence and spirituality. *Front Psychol.* 2018;9(430):1–12. PMID:29651269 DOI:10.3389/fpsyg.2018.00430
6. Hezomi H, Allahverdi-pour H, Safaïan A. Stress and predicting factors of psychological well-being among adolescents. *Toloo e Behdasht.* 2016;15(3):78–91. [Link]
7. Atadokht A, Daneshvar S, Fathi Gilarlou M, Soleymany I. The Psychological Distress Profile of Mothers and Adolescents' Depression, Anxiety and Stress in Ardabil in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences.* 2015;14(7):549-60.
8. Ghanbari Afra L, Zaheri A. Relationship of Anxiety, Stress, and Depression with Spiritual Health in Patients with Acute Coronary Artery Disease. *Journal of Education and Community Health.* 2017;4(2):28-34.
9. Kordi M, Mohamadirizi S, Shakeri M, ModarresGharavi M, Salehi Fadardi J. The relationship between depression, anxiety, stress and health behaviors in high school girl students in Mashhad in year 2011-2012. *Tolooebehdasht.* 2015;13(5):56-67.
10. 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. DOI:10.21859/jech-02048
11. Anjomshoa B, Ghanbari S, Fallahzadeh H, Khosh Konesh A. Psychometric properties of the Persian version of the Children's Loneliness Scale in elementary school girls in Kerman. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2016;22(1):58–66. DOI: 10.2307/1130015
12. Qualter P, Vanhalst J, Harris R, Van Roekel E, Lodder G, Bangee M, et al. Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science.* 2015;10(2):250-64
13. Reihani T, Sekhavat Poor Z, Heidarzadeh M, Mosavi SM, Mazlom SR. The Effect of Spiritual Self-Care Training on Feeling of Comfort in Mothers of Hospitalized Preterm Infants. *Journal of Midwifery and Reproductive Health.* 2014;2(2):112-119.
14. Pawar AV. Spirituality and its Effects on Adolescence Mental Well Being. *Int J Indian Psychol.* 2025;13(2):3453–60. DOI:10.25215/1302.3453
15. Leung CH. Understanding spiritual health, depression, anxiety, and stress among tertiary students under the impact of COVID-19 in Hong Kong. *Asia Pac J Educ.* 2023;43(4):1292–1305. DOI:10.1080/02188791.2022.2114425
16. Aggarwal S, Wright J, Morgan A, Patton G, Reavley N. Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):729. PMID:37817143 DOI:10.1186/s12888-023-05091-2
17. Parviniannasab AM, Bijani M, Dehghani A. The mediating role of psychological capital in relations between spiritual well-being and mental health among nursing students. *BMC Psychol.* 2022;10(1):230. PMID: 36184628 DOI: 10.1186/s40359-022-00935-0
18. Lofabadi H. Developmental psychology 2: Adolescence, youth, and adulthood. Tehran: Samt Publication. 2013
19. Rostami N. Investigating the relationship between religious status and emotional intelligence in pre-university students in Tehran in 2003-2014. *Innovation Quarterly.*

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی دانش‌آموزان عزیز و خانواده‌هایشان که با مشارکت صادقانه خود در این پژوهش ما را یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم. همچنین از مدیران و معلمان مدارس شهر گرگان که در اجرای برنامه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها همکاری نمودند، قدردانی می‌نماییم.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

- 2013;10(3):116-28.
20. Asher SR, Wheeler VA. Children's loneliness and social dissatisfaction scale. *Child Dev.* 1984;**55**(4):1456-64. DOI: [10.2307/1130015](https://doi.org/10.2307/1130015)
21. Chari M, Khayer M. Solitude feeling measurement scale efficacy study in junior high school students. *Journal of Shiraz University Humanity and Society science*.**1381**(19):1.
22. Azad Y, Parsay S, Darabe E, Alvande Z. The psychometric properties of the children's loneliness scale in guidance school students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2013;**14**(51):34-42. [Link]
23. Ahlen J, Vigerland S, Ghaderi A. Development of the Spence Children's Anxiety Scale—Short Version (SCAS-S). *J Psychopathol Behav Assess.* 2018;**40**(2):288-304. PMID: [29937623](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29937623/) DOI: [10.1007/s10862-017-9637-3](https://doi.org/10.1007/s10862-017-9637-3)
24. Byrne DG, Davenport SC, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *J Adolesc.* 2007;**30**(3):393-416. PMID: [16750846](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16750846/) DOI: [10.1016/j.adolescence.2006.04.004](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.04.004)
25. Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *J Med Ethics Hist Med.* 2018.
26. Mousavi SF, Dehshiri G. The predictors of Loneliness in Adolescents: The role of Gender, Parenting Rearing Behaviors, Friendship Quality, and Shyness. *Journal of Woman and Family Studies.* 2021;**9**(4):1-20.
27. Kiff CJ, Lengua LJ, Zalewski M. Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. *Clinical child and family psychology review.* 2011;**14**(3):251-301.
28. Shin J-H, Hong JS, Yoon J, Espelage DL. Interparental conflict, parenting behavior, and children's friendship quality as correlates of peer aggression and peer victimization among aggressor/victim subgroups in South Korea. *Journal of interpersonal violence.* 2014.
29. Liu J, Coplan RJ, Chen X, Li D, Ding X, Zhou Y. Unsociability and shyness in Chinese children: Concurrent and predictive relations with indices of adjustment. *Social Development.* 2014;**23**(1):119-36.
30. Naeimi E. The Components of Loneliness of Teenage Girls Based on Their Lived Experiences. *Journal of Counseling Research.* 2019;**18**(70):4-34.
31. Mehrandish N, Salimi Bajestani H, Esmaeili M. Components of loneliness in relation to friends in adolescent girls: phenomenology research. *Res Clin Psychol Couns.* 2019;**9**(1):18-34. DOI: [10.22067/ijap.v9i1.73145](https://doi.org/10.22067/ijap.v9i1.73145)
32. Majzoobi MR, Momeni KH, Amani R, Hojjat Khah M. The effectiveness of structured group reminiscence on the enhancement of the elderly's life quality and happiness. *J Iran Psychol.* 2012;**9**(34):189-202. [Link]
33. Faramarzi S, Moradi MR. Effectiveness of art therapy on reduction of hopelessness and solitude in children with hearing impairment. *Audiol.* 2015;**23**(6):25-31. [Link]
34. Broumandzadeh N, Karimi SP. Determining the effectiveness of spiritual skills training on general health and anxiety of female high school students in Tabriz. *Sci Res Educ Eval.* 2015;**8**(31):23-9. [Link]
35. Rahimi N, Asadolahi Z, Afsharipour A. The relationship between spiritual well-being and anxiety levels in the students of the School of Nursing and Midwifery at Rafsanjan University of Medical Sciences in 2015. *Iran J Nurs.* 2017;**30**(106):78-86. DOI: [10.29252/ijn.30.106.78](https://doi.org/10.29252/ijn.30.106.78)
36. Nasirzade Z, Razai A, Mohamadifar M. The effectiveness of resiliency education to reduce the loneliness and anxiety of high school girl students. *Journal of Clinical Psychology.* 2018;**10**(2):29-40.
37. Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clin Breast Cancer.* 2011;**11**(6):364-8. DOI: [10.1016/j.clbc.2011.06.008](https://doi.org/10.1016/j.clbc.2011.06.008) PMID: [21831722](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21831722/)
38. Keefe FJ, Shelby RA, Somers TJ, Varia I, Blazing M, Waters SJ, et al. Effects of coping skills training and sertraline in patients with non-cardiac chest pain: a randomized controlled study. *PAIN®.* 2011;**152**(4):730-41. PMID: [21324590](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21324590/) DOI: [10.1016/j.pain.2010.08.040](https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.08.040)
39. Bigie A MM, Abdolahi AX. Cognitive - Positive Behavioral Therapy - Resilience to Students' Self-esteem. *Clinical Psychology Journal of Adolescence.* 2017.
40. Rezaie A. Psychometric properties of students' loneliness scale (Salafi). *Clin Psychol J.* 2013;**3**(19):81-90. DOI: [10.22075/jcp.2017.2138](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2138)
41. Chen J, You H, Liu Y, Kong Q, Lei A, Guo X. Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. *Medicine.* 2021;**100**(1):e24264. PMID: [33429835](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33429835/) DOI: [10.1097/MD.00000000000024264](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024264)
42. Hosseini Poor Abardeh FS, Niknam M. The relationship between spiritual health with existential anxiety and morbid anxiety in female patients with breast cancer. *J Arak Uni Med Sci.* 2021;**24**(3):360-71. DOI: [10.32598/JAMS.24.3.5952.2](https://doi.org/10.32598/JAMS.24.3.5952.2)
43. Soudagar S, Rambod M. Prevalence of stress, anxiety and depression and their associations with spiritual well-being in patients with diabetes. *Sadra Med Sci J.* 2018;**6**(1):1-10. DOI: [10.29252/smsj.6.1.1](https://doi.org/10.29252/smsj.6.1.1)
44. Rahimnejad A, Davati A, Garshasbi A. Relation between spiritual health and anxiety in pregnant women referred to Shaheed Mostafa Khomeini hospital in 2018. *Daneshvar Med.* 2020;**27**(1):11-8. DOI: [10.22070/dmed.27.140.11](https://doi.org/10.22070/dmed.27.140.11)