

تأثیر آموزش سلامت معنوی با مشارکت خانواده بر کیفیت زندگی مرتبط با

سلامت در نوجوانان دختر

زینت رحیمی^۱، زهرا امامی مقدم^{۲*}، نغمه رزاقی^۳، حمیدرضا بهنام وشانی^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۲. استادیار گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. استادیار گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. مربی گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: آموزش سلامت معنوی در نوجوانان دختر باعث بهبود کیفیت زندگی آنان می شود. خانواده از عوامل تأثیرگذار بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی نوجوانان است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش سلامت معنوی با مشارکت خانواده بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان دختر انجام گرفت.

روش ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی قبل و بعد، بر روی ۶۰ نوجوان دختر ۱۲-۱۴ ساله در شهر مشهد در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ انجام شد. از بین ۲۲ مرکز بهداشتی شهری دو مرکز به روش تصادفی ساده انتخاب گردید. ابزار گردآوری داده ها شامل؛ فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین ۲۷ بود. محتوای آموزشی طی ۸ جلسه ۴۵-۳۰ دقیقه ای دو بار در هفته برای گروه مداخله برگزار گردید. گروه کنترل آموزش های رایج را دریافت نمودند. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس و من ویتنی یو انجام شد.

نتایج: قبل از مداخله میانگین نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دو گروه تفاوت معنی دار نداشت ($P > 0/05$)، اما بعد از مداخله میانگین نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در گروه مداخله به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: آموزش سلامت معنوی با مشارکت خانواده سبب افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان دختر گردید لذا استفاده از این آموزشها توصیه می شود.

کلید واژه ها:

سلامت معنوی، مشارکت خانواده، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، نوجوانان دختر

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

مقدمه

تأثیرحمایت عاطفی والدین بر سلامت جسمی نوجوان گزارش شده است (۹). در سیستم بهداشتی ایران، معمولاً نوجوانان در مقایسه با سایر گروههای سنی از حداقل مراقبتهای بهداشتی برخوردارند. شاید بتوان گفت نوجوانان در سیستم بهداشتی ایران مورد غفلت آموزشی و مراقبتی می باشند. با توجه به مطالب پیشگفت، مطالعه فوق با هدف تعیین تأثیر آموزش سلامت معنوی با مشارکت خانواده بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان دختر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی مشهد انجام شد.

روشها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی بود که با گروه کنترل در سال ۱۴۰۱ در ۲ مرکز از مراکز شهری تحت پوشش مرکز بهداشت شماره یک مشهد و با مشارکت ۶۰ نوجوان دختر ۱۴-۱۲ ساله انجام گردید. حجم نمونه از فرمول "مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته در دو جامعه" برآورد گردید و در نهایت تجزیه و تحلیل دادهها انجام شد. در برآورد حجم نمونه، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰٪ در نظر گرفته شدند.

معیارهای ورود به مطالعه نوجوان شامل: داشتن رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه، عدم شرکت در برنامه های آموزشی مشابه و این که دختر نوجوان در محدوده سنی ۱۲-۱۴ سال باشد و عدم سابقه اختلالات روانی، اختلالات شناختی، عدم سابقه سایر اختلالات نورولوژیکی، عدم اعتیاد به مواد مخدر، داشتن تلفن همراه و زندگی با خانواده بود.

معیار خروج از مطالعه نوجوان شامل: عدم تمایل واحد پژوهش به ادامه همکاری، ابتلا به مشکل جسمی یا روانی در طول مطالعه، شرکت در برنامه های آموزشی مشابه در جریان مطالعه و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات آموزشی بود.

معیار ورود به مطالعه مادر شامل: داشتن رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه، عدم شرکت در برنامه های آموزشی مشابه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم اختلال روانی و

یکی از مهمترین رده های سنی در هر جامعه ای نوجوانان می باشند که سلامت آنان نقش مهمی در سلامت جامعه دارد (۱). حدود ۱۴٪ از جمعیت ایران را نوجوانان تشکیل می دهند (۲). در این میان توجه به سلامت دختران نوجوان به دلایل متعدد بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی در مقایسه با پسران دارای اهمیت بیشتری است. زیرا این افراد، مادران فردا بوده و سلامت جامعه در گرو رفتارهای سلامت محور آنان می باشد (۳). به نظر می رسد دختران نوجوان کیفیت زندگی نسبتاً پایین تری را تجربه میکنند (۴).

در برخی مطالعات ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و رفتارهای پرخطری نظیر: خودکشی، مصرف الکل و مواد، رفتارهای جنسی ناایمن و آفت تحصیلی در نوجوانان گزارش کرده اند (۱۳). به منظور بهبود کیفیت زندگی، شناخت عوامل موثر بر آن ضروری است. یکی از عوامل موثر معنویت است که نوعی آگاهی درونی و احساس ارتباط بین خود و جهان اطراف می باشد (۵).

سازمان جهانی بهداشت سلامت معنوی را یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تعریف میکند و بالاترین سطح کیفیت زندگی بدون سلامت معنوی بدست نمی آید (۶). با این که معنویت در دوره ی نوجوانی اهمیت زیادی می یابد، تا به امروز مطالعات کمی در زمینه ارتباط معنویت با کیفیت زندگی در نوجوانان انجام گرفته است (۷، ۸). مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت چند وجهی بوده و تحت تأثیر عوامل متعدد فردی، خانواده، دوستان و آشنایان است (۹) نقش خانواده به دلیل ارتباطات عاطفی گسترده با فرزندان زیاد است (۱۰). مطالعه Haraldstad و همکاران نشان داد که بین کارآیی خانواده و کیفیت زندگی نوجوانان دختر، رابطه مستقیم وجود دارد (۱۱). بنابراین برای حل مشکلات نوجوانان، درگیر نمودن و مشارکت دادن خانواده لازم است، زیرا والدین نقش اساسی در کاهش رفتارهای خطرناک ساز نوجوانان و ارتقای سلامت آنان دارند (۱۲). در برخی مطالعات

در مطالعه دعوت شد. برای گروه مداخله آموزش سلامت معنوی بر اساس مدل رزاقی و همکاران (۱۴) که مطابق با آموزه ها و مثالهای اسلامی طراحی شده بود، در اتاق آموزش مرکز بهداشت سرافرازان و نیز به صورت مجازی در واتساپ اجرا شد. محتوای آموزش سلامت معنوی به صورت اسلایدهای پاورپوینت قبل از مداخله تهیه شده و به تایید یک عالم روحانی رسیده بود، طی ۸ جلسه ۴۵-۳۰ دقیقه ای ۲ بار در هفته برگزار شد. عناوین جلسات عبارت بودند از: جلسه اول و دوم = ارتباط با خدا، جلسه سوم و چهارم = ارتباط با خود، جلسه پنجم و ششم = ارتباط با دیگران و جلسه هفتم و هشتم = ارتباط با جهان خلقت.

جمع آوری داده ها در ۳ مرحله قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله هم زمان در دو گروه مداخله و کنترل اجرا شد. به منظور رعایت جوانب اخلاقی پژوهش، یک ماه پس از پایان پژوهش برای گروه کنترل آموزش سلامت معنوی اجرا شد.

در همه مراحل پژوهش، تمام نکات اخلاق در پژوهش مصوب در معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مرتبط با مطالعه حاضر، شامل کسب موافقت نامه کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه، دریافت معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی مشهد و ارائه آن به ریاست مرکز بهداشت شماره مشهد و ریاست مراکز سرافرازان و نجفی، دریافت رضایت نامه آگاهانه کتبی از شرکت کنندگان در مطالعه، بی نام بودن پرسشنامه ها جهت حفظ اسرار شرکت کنندگان و اطمینان به آنها برای خروج از پژوهش در هر زمان، در صورت تمایل نداشتن به ادامه مطالعه رعایت شد. تحلیل داده های پژوهش در نرم افزار Spss نسخه ۲۴ صورت گرفت. به منظور بررسی توزیع نرمال داده های کمی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپروویلیک استفاده شد. برای توصیف فراوانی داده ها از آمار توصیفی و برای مقایسه داده ها از آزمون های تی مستقل و من ویتنی استفاده شد.

نتایج

از ۶۵ شرکت کننده در مطالعه، ۵ نفر از گروه مداخله به دلایل مختلف حذف شدند و به این ترتیب ارزیابی نهایی با ۶۰ نفر (۳۰

مصرف مواد و داشتن تلفن همراه. معیار خروج از مطالعه مادر شامل: عدم تمایل واحد پژوهش به ادامه همکاری، ابتلا به مشکل جسمی یا روانی در طول مطالعه، شرکت در برنامه های آموزشی مشابه در جریان مطالعه، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات آموزشی.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل: فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیدا سکرین ۲۷ بود. این ابزار شامل ۵ بعد اصلی است: ۱- بهزیستی جسمی (۵ سوال): سطوح فعالیت فیزیکی و انرژی را می سنجد. ۲- بهزیستی روانی (۷ سوال) هیجانان مثبت، رضایت از زندگی و احساساتی که از لحاظ هیجانی متعادل شده اند را می سنجد. ۳- ارتباطات والدین و خودمختاری (۷ سوال): ارتباط با والدین، جو حاکم بر خانه، داشتن آزادی کافی مرتبط با سن و درجه رضایت از منابع مالی را مورد بررسی قرار می دهد. ۴- حمایت اجتماعی و همسالان (۴ سوال): طبیعت ارتباطات پاسخ دهنده با سایر همسالان را بررسی می کند و ۵- محیط مدرسه (۴ سوال): ادراک کودک و نوجوان از ظرفیت شناخت، یادگیری و تمرکز و احساسات راجع به مدرسه را بررسی می کند. نمرات مقیاس ها در طیف ۰-۱۰۰ میباشند که ۱۰۰ نمایانگر بهترین و ۰ نمایانگر بدترین وضعیت زندگی میباشد. پاسخ ها در غالب مقیاس لیکرت بوده که فراوانی رفتار یا احساس خاص (۱=هیچگاه، ۲=به ندرت، ۳=گاهی اوقات، ۴=اغلب، ۵=همیشه) و یا شدت نگرش (۱=صلا، ۲=تا حدی، ۳=بطور متوسط، ۴=خیلی، ۵=بی نهایت) را نشان میدهد. چارچوب زمانی به هفته گذشته اشاره میکند. روایی و پایایی این پرسشنامه در برخی مطالعات تایید گردیده است (۱۳).

نمونه گیری در این مطالعه به این صورت بود که در مرکز سرافرازان به عنوان مرکز در دسترس، ابتدا به بررسی ابتدایی پرونده نوجوانان دختر ۱۲-۱۴ ساله با توجه به معیارهای ورود به مطالعه صورت گرفت. سپس طی تماس با خانواده نوجوانان دختر واجد شرایط شرکت در مطالعه، از آنها در صورت تمایل به شرکت در مطالعه و دریافت رضایت نامه کتبی برای شرکت

در گروه کنترل معنی دار نبود. در مقایسه بین گروهی، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد در مرحله قبل از مداخله بین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (بعد جسمی، بعد روانی و...) تفاوت آماری معناداری وجود نداشت، اما بر اساس نتایج تی مستقل، بین میانگین تغییرات نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به جز بعد سلامت جسمی و بعد محیط مدرسه، در ۲ گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی داری وجود داشت.

نفر در گروه مداخله و ۳۰ نفر در گروه کنترل) انجام شد. در مقایسه بین ۲ گروه مداخله و کنترل از نظر اطلاعات دموگرافیک نوجوانان دختر شرکت کننده در مطالعه، تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد و هر ۲ گروه از این نظر همگن بودند. در مقایسه بین گروهی، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد در مرحله قبل از مداخله بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ۲ گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت. اما نتایج این آزمون در مراحل بعد نسبت به قبل از آن در گروه مداخله تفاوت آماری معنی داری داشت. اما این تفاوت

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار بُعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دختران نوجوان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

آزمون‌های آماری بین‌گروهی	کنترل		مداخله		بُعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	
تی مستقل = $t=0.47$ $p=0.73$	۳۰	93.3 ± 82.17	۳۰	26.4 ± 60.17	قبل از مداخله
تی مستقل = $t=0.52$ $p=0.64$	۳۰	89.3 ± 73.17	۳۰	50.4 ± 88.17	بلافاصله بعد از مداخله
تی مستقل = $t=0.29$ $p=0.71$	۳۰	72.3 ± 85.17	۳۰	62.3 ± 96.17	یکماه بعد از مداخله
من ویتنی یو = $Z=21.1$ $p=0.27$	۳۰	66.1 ± 0.9	۳۰	0.2 ± 28.0	تفاضل قبل نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
من ویتنی یو = $Z=38.0$ $p=0.82$	۳۰	65.0 ± 12.0	۳۰	17.1 ± 0.8	تفاضل یکماه نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
$F=2.31$ $P=0.39$ تأثیر متقابل گروه و زمان		$F=1.12$ $P=0.68$		$F=2.26$ $P=0.31$	آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دختران نوجوان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

آزمون‌های آماری بین‌گروهی	کنترل		مداخله		بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	
تی مستقل = $t=0.30$ $p=0.83$	۳۰	۵۷/۴ ± ۳۸/۲۴	۳۰	۳۶/۵ ± ۴۵/۲۴	قبل از مداخله
تی مستقل = $t=0.74/8$ $p=0.01$	۳۰	۵۹/۴ ± ۷۳/۲۴	۳۰	۳۲/۴ ± ۲۷/۳۱	بلافاصله بعد از مداخله
تی مستقل = $t=0.84/9$ $p=0.01$	۳۰	۱۱/۴ ± ۱۰/۲۵	۳۰	۵۱/۴ ± ۲۱/۳۲	یکماه بعد از مداخله
من‌ویتنی یو = $Z=0.66$ $p=0.01$	۳۰	۷۳/۱ ± ۳۵/۰	۳۰	۷۷/۳ ± ۸۲/۶	تفاضل قبل نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
من‌ویتنی یو = $Z=0.9$ $p=0.8$	۳۰	۸۳/۰ ± ۳۷/۰	۳۰	۴۶/۱ ± ۱۶/۰	تفاضل یکماه نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
$F=13/22$ $P=0.001$ تأثیر متقابل گروه و زمان		$F=2/34$ $P=0.32$		$F=16/54$ $P=0.001$	آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار بُعد ارتباط با والدین و خودمختاری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دختران نوجوان قبل و بعد از مداخله

آزمون‌های آماری بین‌گروهی	کنترل		مداخله		بُعد سلامت ارتباط با والدین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	
تی مستقل = $t=0.69$ $p=0.51$	۳۰	۲۹/۴ ± ۲۲/۲۷	۳۰	۳۱/۵ ± ۶۵/۲۷	قبل از مداخله
تی مستقل = $t=0.62/7$ $p=0.01$	۳۰	۱۰/۴ ± ۶۴/۲۷	۳۰	۸۰/۴ ± ۹۶/۳۰	بلافاصله بعد از مداخله
تی مستقل = $t=1.8/8$ $p=0.01$	۳۰	۴۹/۴ ± ۴۸/۲۷	۳۰	۸۲/۴ ± ۰۸/۳۱	یکماه بعد از مداخله
من‌ویتنی یو = $Z=0.49/11$ $p=0.01$	۳۰	۷۳/۱ ± ۴۲/۰	۳۰	۶۳/۴ ± ۳۱/۳	تفاضل قبل نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
من‌ویتنی یو = $Z=0.86/0$ $p=0.67$	۳۰	۸۳/۰ ± ۱۶/۰	۳۰	۶۱/۱ ± ۱۲/۰	تفاضل یکماه نسبت به بلافاصله بعد از مداخله

۱۱/۳۸F= ۰/۰۰۱P= تأثیر متقابل گروه و زمان	۱/۲۷F= ۰/۰۵۸P=	۱۳/۳۶F= ۰/۰۰۱P=	آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری
--	-------------------	--------------------	--

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار بُعد سلامت اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دختران نوجوان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

آزمون‌های آماری بین‌گروهی	کنترل		مداخله		بُعد سلامت اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
تی مستقل $t=۰/۴۱۴$ $p=۰/۰۷۴$	۳۰	۱۱/۴ \pm ۴۱/۱۳	۳۰	۷۸/۴ \pm ۶۴/۱۳	قبل از مداخله
تی مستقل $t=۰/۴۹۶$ $p=۰/۰۰۱$	۳۰	۳۹/۴ \pm ۶۴/۱۳	۳۰	۴۸/۰ \pm ۸۸/۱۶	بلافاصله بعد از مداخله
تی مستقل $t=۰/۵۳۷$ $p=۰/۰۰۱$	۳۰	۸۳/۴ \pm ۷۸/۱۳	۳۰	۵۱/۴ \pm ۱۱/۱۷	یکماه بعد از مداخله
من‌ویتنی یو $Z=۰/۶۱۰$ $p=۰/۰۰۱$	۳۰	۱۲/۱ \pm ۲۳/۰	۳۰	۵۱/۳ \pm ۲۴/۳	تفاضل قبل نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
من‌ویتنی یو $Z=۰/۶۴۰$ $p=۰/۰۶۳$	۳۰	۷۲/۰ \pm ۱۴/۰	۳۰	۰۸/۱ \pm ۲۳/۰	تفاضل یکماه نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
۱۷/۰۳F= ۰/۰۰۱P= تأثیر متقابل گروه و زمان		۱/۲۷F= ۰/۰۴۸P=		۱۹/۳۳F= ۰/۰۰۱P=	آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری

جدول ۴-۱۸: میانگین و انحراف معیار بُعد محیط مدرسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دختران نوجوان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

آزمون‌های آماری بین‌گروهی	کنترل		مداخله		بُعد سلامت محیط مدرسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
تی مستقل $t=۰/۳۳۴$ $p=۰/۰۷۹$	۳۰	۹۸/۲ \pm ۱۱/۱۰	۳۰	۳۱/۳ \pm ۲۸/۱۰	قبل از مداخله
تی مستقل $t=۰/۰۹۵$ $p=۰/۰۴۱$	۳۰	۸۹/۳ \pm ۲۷/۱۰	۳۰	۲۵/۳ \pm ۴۲/۱۰	بلافاصله بعد از مداخله
تی مستقل $t=۰/۶۸۰$ $p=۰/۰۳۷$	۳۰	۵۴/۲ \pm ۱۸/۱۰	۳۰	۱۶/۳ \pm ۰۸/۱۰	یکماه بعد از مداخله

من‌ویتنی یو $Z=12/0$ $p=80/0$	۳۰	$86/0 \pm 16/0$	۳۰	$63/2 \pm 14/0$	تفاضل قبل نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
من‌ویتنی یو $Z=20/0$ $p=79/0$	۳۰	$38/0 \pm 9/0$	۳۰	$46/1 \pm 16/0$	تفاضل یکماه نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
$F=3/24$ $P=0/30$ تأثیر متقابل گروه و زمان		$F=1/46$ $P=0/89$		$F=4/32$ $P=0/21$	آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری

جدول ۴-۱۹: میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دختران نوجوان قبل و بعد از مداخله در دو گروه

مداخله و کنترل

آزمون‌های آماری بین‌گروهی	کنترل		مداخله		نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
تی مستقل $t=0/42$ $p=07/0$	۳۰	$21/24 \pm 60/98$	۳۰	$36/23 \pm 22/97$	قبل از مداخله
تی مستقل $t=04/6$ $p=001/0$	۳۰	$38/29 \pm 34/101$	۳۰	$63/27 \pm 32/110$	بلافاصله بعد از مداخله
تی مستقل $t=24/05$ $p=001/0$	۳۰	$87/30 \pm 21/103$	۳۰	$64/28 \pm 64/117$	یکماه بعد از مداخله
من‌ویتنی یو $Z=40/21$ $p=001/0$	۳۰	$46/4 \pm 69/2$	۳۰	$43/7 \pm 10/18$	تفاضل قبل نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
من‌ویتنی یو $Z=23/1$ $p=27/0$	۳۰	$77/2 \pm 87/1$	۳۰	$32/3 \pm 08/2$	تفاضل یکماه نسبت به بلافاصله بعد از مداخله
$F=22/87$ $P=0/001$ تأثیر متقابل گروه و زمان		$F=1/66$ $P=0/31$		$F=19/76$ $P=0/001$	آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری

بحث

نشان دادند که آموزش معنویت درمانی بر افزایش امید به زندگی و رضایت از زندگی افراد گروه آزمایش تأثیر معناداری دارد و در کل سلامت روانی را افزایش میدهد (۱۶). همچنین علیزاده و همکاران نشان دادند بین ارتباط سلامت معنوی و بعد ارتباط با والدین کیفیت زندگی نوجوانان دختر ارتباط معناداری وجود دارد (۱۷). همسو با مطالعه حاضر طاهری و همکاران در مطالعه ای توصیفی تحلیلی بر روی ۱۰۰ نوجوان مبتلا به تالاسمی ماژور

براساس نتایج مطالعه حاضر، پس از مداخله میانگین نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد مختلف آن به جز بعد سلامت جسمی و محیط مدرسه، در گروه آموزش سلامت معنوی در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی داری داشت، اما در گروه کنترل این اثر دیده نشد. این نتایج با یافته های مطالعه الله بخشیان و همکاران همخوانی دارد (۱۵). کمری و همکاران

دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شده است. همچنین با کد IRCT20220104053621N1 در مرکز کارآزمایی های بالینی ایران ثبت و تأیید شده است. بدینوسیله بر خود لازم می دانم از همه اساتید و مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و مسئولان مرکز بهداشت شماره یک مشهد و مراکز تابعه آن و جامعه پژوهش محترم که ما را در انجام این مطالعه کمک نمودند ، تقدیر و تشکر نمایم.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها: زینت رحیمی ، زهرا امامی مقدم، نغمه رزاقی ، حمیدرضا بهنام وشانی
(۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: زینت رحیمی ، زهرا امامی مقدم، نغمه رزاقی ، حمیدرضا بهنام وشانی

(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: زینت رحیمی ، زهرا امامی مقدم، نغمه رزاقی ، حمیدرضا بهنام وشانی

نشان دادند سلامت معنوی در سلامت اجتماعی آنها نقش بسزایی دارد(۱۸). نیک آذین و همکاران کمترین نمره در ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را برای بعد محیط مدرسه گزارش کردند. همسو با مطالعه حاضر کریمی و همکاران نشان دادند که آموزش سلامت معنوی طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی ۱۵ بیمار مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی انکولوژی و شیمی درمانی دکتر سهراب سلیمان زاده در شهر تهران باعث افزایش نمره کل کیفیت زندگی در ایشان شد(۱۹).

نتیجه گیری

براساس نتایج، آموزش سلامت معنوی بر بهبود کیفیت زندگی نوجوانان و اعضای خانواده موثر است. همچنین یافته ها نشان داد که تعیین روش های موثر و مناسب آموزشی می تواند نقش عمده ای در کاهش هزینه ها و نیز طراحی و اجرای مداخلات موثر داشته باشد. لذا توصیه می گردد از این آموزش ها در مدارس توسط پرستاران و مربیان بهداشت آموزش دیده بهره گرفته شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه با کد طرح ۴۰۰۱۰۰۴ و کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1400.089 و در کمیته اخلاق

References

1. World Health Organization . Adolescent department [7/7/2014]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/
2. Statistical Center of Iran. 1395.
3. Tehrani MM PAooSHHL. Evaluating Female Adolescents' Puberty Challenges and Comparing Them with Their Mothers' Concerns about Puberty. . journal of Specific Human Health Letter 2019;52-61.
4. Naghibi, F., Golmakani, N., Esmaily, H., Moharari, F. The Relationship between Life Style and the Health Related Quality Of Life among the Girl Students of High Schools in Mashhad, 2012-2013. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 2013; 16(61): 9-19.
5. Ensley RJ. Defining spiritual health: A review of the literature. Journal of Health Education. 1991 Oct 1;22(5):287-90.
6. Bullock M, Nadeau L, Renaud J. Spirituality and religion in youth suicide attempters' trajectories of mental health service utilization: the year before a suicide attempt. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2012 Aug;21(3):186.
7. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health. An emerging research field. The American psychologist. 2003;58(1):24-35.
8. Smith C, Denton M, Faris R, Regnerus M. Mapping American adolescent religious participation. J Sci Study Relig. 2002;41:597-613.
9. Walsh SD, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H. Parents, teachers and peer relations as predictors of risk behaviors and mental well-being among immigrant and Israeli born adolescents. Social Science & Medicine 2010; 70: 976-84
10. Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. PloS one. 2017 Nov 9;12(11):e0187668.
11. Haraldstad K, Christophersen KA, Helseth S. Health-related quality of life and pain in children and adolescents: a school survey. BMC pediatrics. 2017 Dec 1;17(1):174.
12. Motagi M TN, Afsar M. Examination of the Relationship Between Healthpromoting Behaviors and Family Characteristics in High School Girl Students. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015;13:395-403.
13. Amir Nik, Azin, Mohhammad Reza Shairi, Mohhammad Reza Nainian. Health Related Quality of Life in Adolescents: Mental Health, SocioEconomic Status, Gender, and Age Differences, Developmental Psychology, 2013. 9(35), 271.
14. Razaghi N. Designing a model for adolescents' spiritual health based on Islamic texts. Tehran University of Medical Sciences: Tehran University of Medical Sciences; 2018.
15. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan journal of research in medical sciences. 2010 Oct 31;12(3).
16. Kamari S, Fooladchang M. Effectiveness of spirituality therapy training based on positivity on life expectancy and life satisfaction in adolescents. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2016 May 21;6(1):5-23.

17. Alizadeh. Relationship between health and religious activity with quality of life related to health in female adolescents in Tabriz, 2014-2015.
18. Hamed Taheri, Mahboubeh Dostkami, Reyhaneh Khayati, Afsaneh Rigi, Elham Al-Hayari. Evaluation of spiritual health in adolescents with thalassemia major. Journal of Zabol Medical School. 2021 Apr 25: 14-8.
19. Mohammad Karimi, Mohsen, Shariatnia, Kazem. The effectiveness of spiritual therapy on the quality of life of women with breast cancer in Tehran. Journal of Nursing and Midwifery. 2017 May 10; 15 (2): 107-18.
20. Roshan F, Navipoor H, Alhani F. Effect of Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. Journal of Lorestan University of Medical Sciences. 2014;16(4).

The effect of spiritual health education with family participation on health-related quality of life in female adolescents

Zinat Rahimi¹, Zahra Emami Moghadam^{1*}, Naghme Razaghi¹, Hamid Reza Behnam Vashani²

1. MSc Student in Nursing, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

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

Corresponding author: Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Background & Aim: Spiritual health education for female adolescents improves their quality of life. Family is one of the factors affecting the spiritual health and quality of life of adolescents. The aim of this study was to determine the effect of spiritual health education with family participation on health-related quality of life in female adolescents.

Methods: This study was a randomized controlled clinical trial before and after on 60 adolescent girls aged 14-12 years in Mashhad in 1401-1400. Among 22 urban health centers, two centers were selected by simple random method. Data collection tools include; Demographic information form and quality of life questionnaire related to health Kidscreen 27 that were completed before, immediately and one month after the intervention by both groups. The educational content was held in 8 sessions of 30-45 minutes twice a week for the intervention group. Three training sessions were held for the mothers of this group and the control group received the usual trainings. Data were analyzed using SPSS.24 software and independent t-test, analysis of variance and Mann-Whitney U.

Results: Before the intervention, the mean total score of health-related quality of life in the two groups was not significantly different ($P > 0.05$), but after the intervention, the mean total score of health-related quality of life in the intervention group was significantly higher than the control group. Was ($P < 0.05$).

Conclusion: Spiritual health education with the participation of the family increased the quality of health-related life in female adolescents, so the use of these educations is recommended.

Keywords:

Spiritual health,
family involvement,
quality of life related
to health, female
adolescents

How to Cite this Article: Rahimi Z, Emami Moghadam Z, Razaghi N, Behnam Vashani H. The effect of spiritual health education with family participation on health-related quality of life in female adolescents. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2022;10(1):64-74.