

# مقایسه سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در دختران نوجوان خانواده‌های طلاق و عادی شهر شیراز

زهرا قائدیان<sup>۱</sup>، سوده دشتیان<sup>۲\*</sup>، نصیر داستان<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناس مشاوره، گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی فاطمیه (س) شیراز، شیراز، ایران.

Zahraghaedian.1999@gmail.com

۲. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران. (نویسنده مسئول)

Soode.dashtiane@miau.ac.ir

۳. دکترای تخصصی مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.

Nasir.dastan88@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۳/۲]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱/۱۸]

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در دختران نوجوان خانواده‌های طلاق و عادی می‌باشد. روش پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دختران نوجوان مقطع متوسطه اول شهر شیراز می‌باشد. نمونه آماری شامل ۸۰ نفر، ۴۰ دختر نوجوان که والدین آن‌ها طلاق گرفته و ۴۰ دختر نوجوان که والدین آن‌ها طلاق نگرفته‌اند می‌باشد و برای تعیین حجم نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت معنوی پالوتزین و الیسون و پرسشنامه افسردگی، استرس، اضطراب (DASS-۲۱) بهره گرفته شده است. داده‌های گردآوری شده در دو سطح مورد تجزیه و تحلیل (آمار توصیفی و آمار استنباطی) قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج حاصله نشان داد که بین سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در دختران نوجوان خانواده‌های طلاق و عادی تفاوت معناداری وجود دارد؛ سلامت معنوی در میان نوجوانانی که والدین آن‌ها طلاق نگرفته‌اند بالاتر است. همچنین درماندگی روان‌شناختی در میان نوجوانانی که والدین آن‌ها طلاق گرفته‌اند بیش تر می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** سلامت معنوی، درماندگی روان‌شناختی، نوجوان، طلاق.

## ۱- مقدمه

یکی از مهم‌ترین رده‌های سنی در هر جامعه‌ای نوجوانان می‌باشند که سلامت آنان نقش مهمی در سلامت جامعه دارد (WHO, 2014). حدود ۱۴٪ از جمعیت ایران را نوجوانان تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). 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 سلامت‌محور آنان می‌باشد (تهرانی مقدم و پورعباسی، ۱۳۹۷).

خانواده یکی از مهم‌ترین نهادهای مؤثر در تربیت و رفتار آدمی و مهم‌ترین تکیه‌گاه و محور زندگی اجتماعی است؛ زیرا محیط خانواده اولین و بادوام‌ترین عامل در تکوین شخصیت کودکان و نوجوانان و زمینه‌ساز رشد جسمانی، اخلاقی، اجتماعی و عاطفی آنان است (Slack, Berger, Reilly, Reynders & cai, 2022). افزون بر زمینه‌های ارثی که پس از تولد از پدر و مادر خود به همراه است، هرگونه شناخت و چگونگی برخورد با مسائل و مشکلات، نخست در خانواده آموزش داده می‌شود (LaBrenz, Childress, 2022, Robinson, Sieger & Ontiberos).

طلاق و جدایی مهم‌ترین عامل ازهم‌گسیختگی ساختار بنیادی‌ترین بخش جامعه یعنی خانواده است (عقیلی، اصغری، کریمیان و نمازی، ۱۴۰۰). طلاق از مهم‌ترین پدیده‌های حیات انسانی به شمار می‌آید که نه تنها تعادل روانی دو انسان، بلکه تعادل روانی فرزندان، بستگان و نزدیکان را نیز به هم می‌ریزد. طلاق عامل استرس‌زای بسیار قوی است که هم والدین و هم فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را به شدت کاهش می‌دهد (صیادی، گل محمدیان و رشیدی، ۱۳۹۶). طلاق والدین مجموعه وسیعی از تغییرات و سازماندهی‌های مجدد را در خانواده ایجاد می‌کند که در طول زمان بر سازگاری فرزندان تأثیر می‌گذارند. این تغییرات شامل تغییر محل سکونت، روابط خانوادگی و استانداردهای زندگی می‌شود که تعادل روانی فرزندان و اطرافیان را نیز به خطر می‌اندازد (Arkes, 2015). در این میان یکی از قربانیان اصلی پیامدهای ناشی از طلاق والدین، فرزندان هستند. با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، عدم سازگاری فرزندان با طلاق والدین‌شان می‌تواند اثرات زیان‌بار و مخربی روی کارکرد روان‌شناختی و حتی وضعیت جسمانی آن‌ها داشته باشد (Brewer, 2010).

معنویت همیشه بخش مهمی از زندگی بشر بوده است (Juskiene, 2016). بین سلامت معنوی افراد و سلامت روان آن‌ها رابطه وجود دارد؛ افرادی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند از سلامت روان بهتری نیز برخوردار می‌باشند (قنبری افرا و ظاهری، ۱۳۹۶). اهمیت و رشد معنویت انسان در دهه‌های اخیر تا حدی پیش‌رفته است که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره نموده و نیاز به بعد چهارم، یعنی معنویت را در رشد و تکامل انسان، ضروری می‌داند (عزیزی، ۱۳۹۷). سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، هم‌چنین خود و دیگران اطلاق می‌شود و دارای دو بعد مذهبی و وجودی است. بعد مذهبی به ارتباط با قدرت برتر و درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی‌اش اشاره می‌کند و بعد وجودی به تطابق فرد با جامعه، محیط و خود مربوط می‌شود (مولایی، برهانی، عباس‌زاده و خبازخوب، ۱۳۹۷). سلامت معنوی طیفی است که انسان در آن در حال حرکت است؛ در این طیف هر چه به سوی شاخص‌های متعالی پیش‌برود از سلامت معنوی بیشتری برخوردار خواهد بود و هر چه به سوی شاخص‌های ضعیف‌تر برود سلامت معنوی کم‌تری خواهد داشت (آتش‌زاده شوریده، کرم‌خانی، شکری خوبستانی، فانی و عبدالجباری، ۱۳۹۵). وجود مشکل جدی در سلامت معنوی، می‌تواند انواع اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی را برای افراد به دنبال داشته باشد. در طرف مقابل، افرادی که از سلامت معنوی بیشتر برخوردار هستند؛ با افزایش حس مسئولیت‌پذیری، از توان بیشتری نیز برای مقابله با مشکلات زندگی برخوردارند (طیبی، احمري طهران، سلطانی عربشاهی، حیدری، عبدی و صفایی، ۱۳۹۲).

همچنین، این افراد، چون خود را در ارتباط با یک قدرت بالاتر می‌دانند، سازگاری بیش‌تری با شرایط محیطی داشته و کم‌تر دچار اختلالات روانی می‌گردند (خادم، مظفری، یوسفی و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۴).

درماندگی روان‌شناختی از مؤلفه‌های مهم سلامت روان‌شناختی و تعیین‌کننده عملکرد روانی- اجتماعی افراد می‌باشد. درماندگی روان‌شناختی مفاهیم افسردگی، اضطراب و استرس را با خود به همراه دارد. بالا بودن میزان درماندگی روان‌شناختی می‌تواند بر سطح عملکرد هیجانی و شناختی و روابط فرد تأثیر منفی بگذارد (ایران‌دوست، سهرابی، ملیح‌اذکرینی و آهی، ۱۳۹۷). در واقع درماندگی روان‌شناختی به حالات و پیامدهای هیجانی و رفتاری منفی انواع روان‌نژندی‌ها شامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی، تجارب مرتبط به سوء‌مصرف مواد، خشونت‌های رفتاری و اختلال در عملکرد روانی- اجتماعی اشاره دارد (Liang & West, 2011). پنج نشانه هشداردهنده درماندگی روان‌شناختی شامل کاهش تمرکز، تغییرات نابسامانی وزنی، گرایش شدید به مصرف الکل یا استعمال سیگار، تمایل به تنهایی و انزوایی و آسیب رساندن به خود می‌باشد (یوسفی و کریمی پور، ۱۳۹۷).

پژوهش‌های صورت گرفته اغلب در زمینه اثربخشی معنویت درمانی، آموزش سلامت معنوی و ارتباط سلامت معنوی با دیگر متغیرها می‌باشند و در زمینه سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در نوجوانان طلاق‌تابه‌حال پژوهشی انجام نشده است. به دلیل اهمیت دوره نوجوانی و حساسیت آن و با توجه به این‌که در خصوص مقایسه سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در نوجوانان طلاق و عادی خلأ پژوهشی به چشم می‌خورد، لذا مقایسه سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در نوجوانان طلاق و عادی به دلایل مذکور حائز اهمیت بسیار است.

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

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 به دست نمی‌آید (Bullock, Nadeau & Renaud, 2012).

درماندگی روان‌شناختی یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است. به عبارت دیگر، یک ناراحتی روانی است که فعالیت‌های فرد با زندگی روزانه تداخل دارد. درماندگی روان‌شناختی می‌تواند بر اساس دیدگاه‌های منفی از محیط‌زیست، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس‌پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی تظاهرات درماندگی روان‌شناختی می‌باشند (ایران‌دوست، ملیح‌اذکرینی، سهرابی و آهی، ۱۳۹۷).

با مرور پیشینه‌های تحقیقاتی، مطالعه‌ای که به مقایسه سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در دختران نوجوان خانواده‌های طلاق و عادی بپردازد، یافت نشد اما این متغیرها در برخی از تحقیقات به صورت مجزا مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته‌اند به‌طور مثال در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش سلامت معنوی با مشارکت خانواده بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر نوجوانان، گروهی از محققان دریافتند، آموزش سلامت معنوی با مشارکت خانواده سبب افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان می‌گردد (رحیمی، امامی مقدم، رزاقی و بهنام و شانی، ۱۴۰۱). طبق نتایج تحقیق انصافداران، محمدی‌زاده سروستانی و خرم‌دل (۱۴۰۱) میانگین سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت وجودی و سلامت معنوی) در زنان با سابقه طلاق نسبت به زنان عادی پایین‌تر است. همچنین مطالعه هارالدستاد، کریستوفرسون و هلست<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) نشان داد، بین کارآیی خانواده و کیفیت زندگی نوجوانان دختر، رابطه مستقیم وجود دارد. طبق پژوهش رضایی (۱۴۰۰) معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی در دختران نوجوان خانواده‌های از هم گسیخته اثربخشی معنادار دارد.

در پژوهشی با عنوان «پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر براساس درماندگی روان‌شناختی و تحمل‌پریشانی در نوجوانان بزهکار» گروهی از محققان دریافتند، درماندگی روان‌شناختی و تحمل‌پریشانی پیش‌بینی‌کننده گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان بزهکار هستند (نظام‌زاده، طیبی، رستم‌آبادی، اکبری و نامجو، ۱۴۰۰). طبق پژوهش عباسی‌آبرزگه، سهرابی و وریور (۱۳۹۸)، بین نوجوانان دختر خانواده‌های طلاق و دارای تجربه مرگ والدین از نظر میزان استرس ادراک‌شده، افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد و میزان استرس ادراک‌شده، افسردگی و اضطراب در نوجوانان دختر خانواده‌های طلاق بیشتر از نوجوانان دختر دارای تجربه مرگ والدین است. همچنین بر اساس پژوهش درامامی (۱۴۰۰)، نوجوانانی که والدین آن‌ها از یک دیگر طلاق گرفته‌اند نسبت به نوجوانانی که در خانواده عادی (دارای پدر و مادر و بدون طلاق) زندگی می‌کنند، استرس و اضطراب بیش‌تری را تجربه می‌کنند.

### ۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی‌مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه دختران نوجوان مقطع متوسطه اول می‌باشد که در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در شهر شیراز مشغول به تحصیل می‌باشند. آزمودنی‌های تحقیق از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای برگزیده شدند؛ بدین‌صورت از یازده منطقه در شهر شیراز، سه منطقه به‌طور تصادفی انتخاب گردید و از هر منطقه، یک مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شد، سپس با استفاده از پرسشنامه‌های مربوط که به‌صورت حضوری بین آزمودنی‌ها توزیع و جمع‌آوری گردید، اطلاعات گردآوری شد. از ۱۰۰ پرسشنامه توزیع‌شده، ۸۰ پرسشنامه شامل ۴۰ پرسشنامه از دختران نوجوان خانواده‌های طلاق و ۴۰ پرسشنامه از دختران نوجوان خانواده‌های عادی، به‌طور صحیح به دست ما رسید. همچنین به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از قبیل رازداری و کسب رضایت شرکت‌کنندگان، پس از یک مصاحبه کوتاه پرسشنامه‌ها توزیع گردید. تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی و از روش واریانس تک متغیره برای انجام آزمون آماری استفاده گردید. داده‌های به‌دست‌آمده به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

الف) پرسشنامه سلامت معنوی<sup>۱</sup> (SWBS): این پرسشنامه را پالوتزین و ایسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) طراحی و اجرا کردند. پرسشنامه سلامت معنوی شامل ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال سلامت وجودی را ارزیابی می‌کند و پاسخ بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد، این مقیاس از دو سلامت مذهبی و سلامت وجودی فرد تشکیل شده است، این پرسشنامه توسط ورعی (۱۳۹۲) اعتباریابی شده است. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هرکدام به تفکیک ۱۰ تا ۶۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به‌دست‌آمده انجام می‌شود. بدین‌صورت که هرچه نمره به‌دست‌آمده بیش‌تر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بیش‌تر است و نمره کل سلامت معنوی از جمع این دو زیرگروه برآورد می‌شود. حداقل نمره این ابزار ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ است. پالوتزین و ایسون (۱۹۸۲)، ضرایب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. پرسشنامه‌ی سلامت معنوی پالوتزین و ایسون یک پرسشنامه‌ی استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته‌است. در ایران سید فاطمی، رضایی، گیوری و حسینی (۱۳۸۵) در پژوهش خود از آن استفاده نمودند و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ محاسبه شد که پایایی پرسشنامه را مورد تأیید قرار می‌داد. روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص و تأیید شد. همچنین در پژوهش ورعی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس سلامت معنوی ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌های سلامت مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است.

ب) پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس<sup>۱</sup> (DASS-۲۱): پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس، توسط لایویند<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۵ جهت سنجش افسردگی، استرس و اضطراب ساخته شده و دارای ۲۱ سؤال می‌باشد. پرسشنامه DASS-21 شامل ۳ مؤلفه است که هر یک از خرده‌های مقیاس‌های آن شامل ۷ سؤال است و نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. خرده مقیاس افسردگی (سؤالات ۳-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱) شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب (سؤالات ۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹-۲۰) دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزختگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده مقیاس استرس (سؤالات ۱-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸) عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را دربرمی‌گیرد. شیوه نمره‌گذاری آن به این صورت است که برای هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) در نظر گرفته می‌شود. لایویند (۱۹۹۵) میزان روایی پرسشنامه DASS-21 را ۰/۷۷ و پایایی این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب افسردگی ۰/۸۹، اضطراب ۰/۸۴، استرس ۰/۸۲ اعلام کرد. همچنین در پژوهش نیک آذین و ناینیان و شعیری (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ به دست آمد و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۶۴ به دست آمد که قابل قبول می‌باشند.

#### ۴- یافته‌ها

پژوهش حاضر به منظور مقایسه سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در دختران نوجوان خانواده‌های طلاق و عادی شهر شیراز می‌باشد. نمونه شامل ۸۰ نفر دختر نوجوان ۱۲ تا ۱۸ سال است که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ ساکن در شهر شیراز می‌باشند. از میان ۴۰ نفری که والدین‌شان طلاق گرفته بودند، ۱۶/۳ درصد با پدر خود و ۳۳/۸ درصد با مادر خود زندگی می‌کنند.

جدول ۱. بررسی وضعیت تحصیلی

| تحصیلات   | تعداد | درصد |
|-----------|-------|------|
| کلاس هفتم | ۲۸    | ۳۵   |
| کلاس هشتم | ۱۸    | ۲۲/۵ |
| کلاس نهم  | ۳۴    | ۴۲/۵ |

جدول ۲. بررسی نمونه آماری خرده مقیاس‌های سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی

| متغیر                | تعداد | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار | چولگی  | کشیدگی |
|----------------------|-------|-------|--------|---------|--------------|--------|--------|
| سلامت مذهبی          | ۸۰    | ۱۰    | ۵۰     | ۳۷/۲۸   | ۸/۰۹         | -۱/۰۴۹ | ۱/۵۹۳  |
| سلامت وجودی          | ۸۰    | ۱۵    | ۴۹     | ۳۳/۵۷   | ۸/۱۷         | -۰/۳۱۰ | -۰/۶۸۰ |
| سلامت معنوی          | ۸۰    | ۳۵    | ۹۶     | ۷۰/۸۶   | ۱۳/۹۵        | -۰/۵۳۸ | -۰/۱۳۵ |
| افسردگی              | ۸۰    | ۰     | ۲۱     | ۸/۴۸    | ۶/۱۲         | ۰/۵۴۱  | -۰/۹۴۰ |
| اضطراب               | ۸۰    | ۰     | ۲۱     | ۷/۰۶    | ۵/۵۶         | ۰/۶۶۲  | -۰/۵۲۵ |
| استرس                | ۸۰    | ۱     | ۲۰     | ۹/۶     | ۵/۵۶         | ۰/۲۸۱  | -۱/۱۳۸ |
| درماندگی روان‌شناختی | ۸۰    | ۲     | ۶۰     | ۲۵۱/۱۵  | ۱۵/۵۵        | ۰/۴۹۸  | -۰/۸۵۴ |

1. Depression Anxiety Stress Scale
2. Lovibond & Lovibond

با توجه به جدول ارائه شده، مقدار چولگی و کشیدگی در بازه ۲ تا ۲- قرار دارد و بنابراین داده‌ها در بازه نرمال قرار دارند.

جدول ۳. مشخصه‌های آماری سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی به تفکیک گروه‌ها

| متغیر                | گروه        | میانگین | انحراف استاندارد |
|----------------------|-------------|---------|------------------|
| سلامت معنوی          | طلاق گرفته  | ۶۴/۲۵   | ۱۴/۳۳            |
|                      | طلاق نگرفته | ۷۷/۴۷   | ۹/۹۵             |
| درماندگی روان‌شناختی | طلاق گرفته  | ۳۱/۸۰   | ۱۶/۱۶            |
|                      | طلاق نگرفته | ۱۸/۵۰   | ۱۵/۵۵            |

جدول ۴. خلاصه آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس خطاها

| متغیرها              | F     | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|----------------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| سلامت معنوی          | ۳/۵۲۳ | ۱            | ۷۸           | ۰/۰۶۴        |
| درماندگی روان‌شناختی | ۸/۱۶۹ | ۱            | ۷۸           | ۰/۰۶۵        |

با توجه به نتایج آزمون لوین و مقدار F، شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است. با توجه به تحلیل باکس مقادیر F معنادار نیست ( $\text{sig}=۰/۰۷۷$ ,  $F=۲/۲۷۵$ ). با توجه به نتایج لامبدای ویلکس ( $\text{sig}=۰/۰۰۱$ ,  $F=۱۲/۵۰۴$ ) حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵. تحلیل واریانس یک‌راه جهت مقایسه مؤلفه‌های سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در دختران نوجوان خانواده‌های طلاق و عادی

| منبع تغییر | متغیر                | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معناداری | اندازه اثر |
|------------|----------------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|
| گروه       | سلامت معنوی          | ۳۴۹۸/۰۱۳      | ۱          | ۳۴۹۸/۰۱۳        | ۲۲/۹۵۶ | ۰/۰۰۱        | ۰/۲۲۷      |
|            | درماندگی روان‌شناختی | ۳۵۳۷/۸۰۰      | ۱          | ۳۵۳۷/۸۰۰        | ۱۷/۷۰۴ | ۰/۰۰۱        | ۰/۱۸۵      |

با توجه به نتایج جدول فوق میان گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به نتایج جدول ۳ میانگین سلامت معنوی در میان نوجوانانی که والدین آن‌ها طلاق نگرفته‌اند بالاتر است. همچنین میانگین درماندگی روان‌شناختی در میان نوجوانانی که والدین آن‌ها طلاق گرفته‌اند بیش‌تر است.

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

چنانکه پیش‌از این نیز گفته شد، هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در دختران نوجوان خانواده‌های طلاق و عادی است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از بخش یافته‌ها، میان گروه‌ها (نوجوانان طلاق و عادی) تفاوت معناداری وجود دارد و سلامت معنوی در میان نوجوانانی که والدین آن‌ها طلاق نگرفته‌اند بالاتر است. این یافته پژوهشی با نتایج تحقیق رحیمی و همکاران (۱۴۰۱)، رضایی (۱۴۰۰)، انصافداران و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. همچنین میانگین درماندگی

روان‌شناختی در میان نوجوانانی که والدین آن‌ها طلاق گرفته‌اند بیش‌تر می‌باشد. این یافته پژوهشی با نتایج تحقیق عقیلی و نودهی (۱۴۰۲)، امینی (۱۳۹۹)، عباسی آبرزگه، مشایخ و شاهوردی (۱۳۹۸)، شعبانی و تات (۱۳۹۶)، امری<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، قمری گیوی و خشنودنیای چماچایی (۱۳۹۵) و هایمی و لرنر<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته که چرا سلامت معنوی در نوجوانانی که والدین آن‌ها طلاق نگرفته‌اند بیش‌تر است می‌توان بیان داشت معنویت احساسی درونی است که فرد در پی آن، با نظم دادن به روابط با خود و دیگران در قالب چهارچوبی مشخص به زندگی خود معنا می‌بخشد. بخشی از معنویت شامل اعتقاد به وجود پروردگار است. فردی که باور دارد خداوند به او از رگ گردن هم نزدیک‌تر بوده و از اعمال و احوال او دائماً آگاه است، در سختی‌ها و مشقت‌ها نه تنها ناامید نمی‌شود بلکه درصدد آن است که نهایت تلاش خود را به کاربرد و نتایج کار را به خدا می‌سپارد. استعاره نزدیک‌تر بودن از رگ گردن بدین معناست که خداوند بر بندگان خویش احاطه دارد و به دنبال آن فرد دارای سلامت معنوی برخلاف فرد فاقد سلامت معنوی در مقابل مشکلات و رویدادهای تنش‌زا احساس تنهایی نمی‌کند. همچنین در خانواده‌های مذهبی، افراد از طریق مفاهیم معنوی و ارزش‌های مذهبی مشترک، اختلاف‌نظرهای بین اعضا را تعدیل می‌بخشند. باورهای دینی مشترک در بین زوجین از عوامل اثرگذار در تحکیم خانواده و مانع از رخداد طلاق می‌باشد. فرزندان نیز با الگو قرار دادن والدین سعی دارند در تعاملات روزانه خویش از مفاهیم آموخته شده در محیط خانواده بهره‌گیرند و آن‌ها را به کار می‌برند. برخلاف نوجوانانی که والدین آن‌ها طلاق نگرفته‌اند، نوجوانانی که والدین آن‌ها از یکدیگر جدا شده‌اند علاوه بر مسائل مربوط به دوران نوجوانی، با مسائل دیگری همچو طلاق والدین مواجه هستند. برخوردار نبودن از یک خانواده منسجم موجب می‌شود که این نوجوانان از دریافت آموزش‌های اخلاقی، دینی و معنوی کافی برخوردار نشوند. طبق نتایج تحقیق انصافداران و همکاران (۱۴۰۱) میانگین بهزیستی معنوی و ابعاد آن (سلامت وجودی و سلامت معنوی) در زنان با سابقه طلاق نسبت به زنان عادی پایین‌تر است. در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش سلامت معنوی با مشارکت خانواده بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر نوجوانان، گروهی از محققان دریافته‌اند، آموزش سلامت معنوی با مشارکت خانواده سبب افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان می‌گردد (رحیمی و همکاران، ۱۴۰۱). طبق پژوهش رضایی (۱۴۰۰) معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی در دختران نوجوان خانواده‌های از هم گسیخته اثربخشی معنادار دارد.

در تبیین یافته دوم پژوهش که درماندگی روان‌شناختی در نوجوانانی که والدین آن‌ها طلاق گرفته‌اند بیش‌تر است، می‌توان بیان داشت طلاق واقعه‌ای است که علاوه بر زوجین بر دیگر اعضای خانواده خصوصاً فرزندان اثر دارد. طلاق رویدادی استرس‌زا است که به دنبال آن پیامدهای زیان‌باری در افراد به‌جای می‌گذارد. از مشکلات عمده‌ای که اغلب فرزندان طلاق با آن‌ها مواجه هستند می‌توان داشتن دیدگاه منفی نسبت به خود و آینده، محدود شدن رابطه عاطفی با یکی از والدین که به تدریج ممکن است در سنین نوجوانی به‌صورت احساس کهنتری و احساس رهاشدگی تجلی یابد، وضعیت بهداشت روانی نامساعد شامل افسردگی، استرس، شکایات جسمانی و اضطراب را نام برد.

نتایج پژوهش عباسی آبرزگه و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد مشکلات رفتاری در خرده‌مقیاس‌های اختلال سلوک، مشکلات توجه، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب در فرزندان خانواده‌های طلاق به‌طور معناداری از فرزندان خانواده‌های عادی بیش‌تر است. شعبانی و تات (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی مقایسه نیمرخ روانی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی خانواده‌های طلاق و عادی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد میان دو گروه دختران دانش‌آموز دبیرستانی خانواده‌های طلاق و عادی در همه مقیاس‌های بالینی یعنی هیپوکندریا، افسردگی، هیستری، جامعه‌ستیزی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنی و مانیا تفاوتی معنادار وجود دارد. طبق پژوهش

1. Emery

2. Haimi &amp; Lerner

امینی (۱۳۹۹) فرزندان خانواده‌های طلاق و درعین‌حال معتاد، در خطر بالای ابتلای به مشکلات راهبردهای مقابله، استرس و اعتیاد قرار داشته و نیاز آنان به مداخله‌های خاص پیشگیرانه بسیار بیش‌تر از کودکان و نوجوانانی است که در خانواده‌های معمولی زندگی می‌کنند. قمری گیوی و خشنودنیای چماچایی (۱۳۹۵) در پژوهشی به مقایسه مهارت‌های اجتماعی، سلامت روانی و عملکرد تحصیلی در فرزندان با والدین مطلقه، متقاضی طلاق و عادی پرداختند. نتایج نشان داد نمرات اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و اختلال روانی کلی به‌طور معناداری در فرزندان با والدین مطلقه و متقاضی طلاق بیش‌تر از فرزندان با والدین عادی بوده است که با یافته فوق هم‌خوانی دارد. امری<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافت که پسران طلاق نسبت به پسران عادی، به چند طریق در وضعیت نابرابری قرار دارند؛ آن‌ها به‌احتمال کم‌تری در مدرسه به‌خوبی عمل می‌کنند، به‌احتمال بیش‌تری مشکلات رفتاری نشان می‌دهند و به‌احتمال بیش‌تری مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی دارند. هایمی و لرنر (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی تأثیرات منفی طلاق بر فرزندان پرداختند، نتایج نشان داد فرزندان طلاق از مشکلاتی همچون اضطراب و تنش، نگرانی، بی‌اعتمادی، مشکلات جسمانی، کابوس شبانه و مشکلات تغذیه و خواب رنج می‌برند. طبق پژوهش عباسی‌آبرزگه و سهرابی (۱۳۹۸)، بین نوجوانان دختر خانواده‌های طلاق و دارای تجربه مرگ والدین از نظر میزان استرس ادراک‌شده، افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد و میزان استرس ادراک‌شده، افسردگی و اضطراب در نوجوانان دختر خانواده‌های طلاق بیشتر از نوجوانان دختر دارای تجربه مرگ والدین است. نتایج پژوهش عقیلی و نودهی (۱۴۰۲) نیز حاکی از بالا بودن نمرات روان رنجورخویی و کمال‌گرایی در فرزندان طلاق در مقایسه با سایر فرزندان بود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به شهر شیراز و محدود بودن پژوهش به یک مقطع تحصیلی (نوجوانان محصل در مقطع متوسطه اول) اشاره کرد، بنابراین نمی‌توان نتایج آن را به همه افراد و گروه‌های سنی تعمیم داد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، گروه‌های سنی دیگر از جمله دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم و دانشجویان و علاوه بر دختران، پسران نیز مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه شود.

با توجه به اهمیت دوره نوجوانی و حساسیت آن و از آنجایی که این مقطع سنی در سرنوشت فرد و جامعه بسیار مؤثر می‌باشد، بدیهی است که افزایش ابعاد مختلف سلامت از جمله سلامت معنوی و کاهش درماندگی روان‌شناختی، افسردگی، استرس و اضطراب در نوجوانان، حائز اهمیت بسیار می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در زمینه نقش طلاق والدین بر سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی فرزندان در برنامه‌های آموزشی و پیشگیری مدارس، دانشگاه‌ها و صداوسیما لحاظ شود.

## ۶- تقدیر و تشکر

از اساتید بزرگوارم، سرکار خانم سوده دشتیان، جناب آقای دکتر نصیر داستان و تمامی افرادی که صبورانه در انجام این پژوهش بنده را همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

## ۷- منابع

- ۱- امینی، م. (۱۳۹۹). مقایسه دل‌بستگی و راهبردهای مقابله با استرس در فرزندان طلاق ناشی از اعتیاد و فرزندان با والدین معتاد. *روان‌شناسی و علوم رفتاری ایران*، ۲۳(۴)، ۱۲۰-۱۳۳.



- ۲- انصافداران، ف.، محمدی‌زاده سروستانی، م.، و خرم‌دل، ک. (۱۴۰۱). مقایسه باورهای غیرمنطقی، خودپنداره و بهزیستی معنوی در زنان با سابقه طلاق و عادی. *پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان*، ۴(۳)، ۴۷-۵۹.
- ۳- ایران‌دوست، ر.، سهرابی، ف.، ملیح‌الذاکرینی، س.، و آهی، ق. (۱۳۹۷). مدل علی بین ناگویی هیجانی با عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری درماندگی روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی. *خانواده پژوهی*، ۱۴(۴)، ۵۱۵-۵۳۱.
- ۴- ایران‌دوست، ر.، ملیح‌الذاکرینی، س.، سهرابی، ف.، و آهی، ق. (۱۳۹۷). الگوی علی روابط بین عملکرد جنسی برپایه باورهای بدکارکردی جنسی با میانجی‌گری درماندگی روان‌شناختی و ابعاد صمیمیت زناشویی، مجله فرهنگی-آموزشی زنان و خانواده. ۱۳(۴۵)، ۱۳۵-۵۲.
- ۵- آتش‌زاده شوریده، ف.، کرم‌خانی، م.، شکری خوبستانی، م.، فانی، م. و عبدالجباری، م. (۱۳۹۵). جستجوی مفهوم بهزیستی معنوی و شاخص‌های افراد سالم در ادیان و مذاهب مختلف. *مجله تحقیقات دین و سلامت*، ۲(۴)، ۶۳-۷۱.
- ۶- تهرانی مقدم، م.، و پورعباسی، ع. (۱۳۹۷). ارزیابی چالش‌های بلوغ نوجوانان دختر و مقایسه آن‌ها با نگرانی‌های مادرانشان در مورد بلوغ. *مجله پزشکی و تزکیه*، ۲۷(۱)، ۶۱-۵۲.
- ۷- خادم، ح.، مظفری، م.، یوسفی، ا.، و قنبری هاشم‌آبادی، ب. (۱۳۹۴). ارتباط سلامت معنوی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *نشریه تاریخ پزشکی*، ۷(۲۵)، ۳۳-۵۰.
- ۸- درامامی، ا. (۱۴۰۰). افزایش سازگاری اجتماعی در نوجوانان طلاق. دومین کنگره ملی مشاوره توانبخشی ایران. ۱(۱)، ۷-۱۵.
- ۹- رحیمی، ز.، امامی مقدم، ز.، رزاقی، ن. و بهنام‌وشانی، (۱۴۰۱). تأثیر آموزش سلامت معنوی با مشارکت خانواده بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان دختر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه*، ۱۰(۱)، ۶۴-۷۴.
- ۱۰- رضایی، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی دختران نوجوان خانواده‌های ازهم‌گسیخته. *مطالعات راهبردی بسیج*، ۲۵(۹۵)، ۱۲۳-۱۵۱.
- ۱۱- سیدفاطمی، ن.، رضایی، م.، گیوری، ا.، و حسینی، ف. (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان، *فصلنامه پایش*، ۵(۴)، ۳۰۴-۲۹۵.
- ۱۲- شعبانی، ج. و تات، م. (۱۳۹۶). مقایسه نیمرخ روانی میان دانش‌آموزان دختر خانواده‌های طلاق و عادی دبیرستان‌های شهرستان گرگان. *خانواده و پژوهش*، ۳۶(۲)، ۹۱-۱۰۶.
- ۱۳- صیادی، گ.، گل محمدیان، م. و رشیدی، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روانشناسی)*، ۷(۱)، ۸۹-۱۰۰.
- ۱۴- طیبی، م.، احمدی طهران، ه.، سلطانی عربشاهی، ک.، حیدری، س.، عبدی، ز.، و صفایی‌پور، ر. (۱۳۹۲). ارتباط سلامت معنوی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۷(۱)، ۷۲-۸.
- ۱۵- عباسی‌آبرزگه، م.، سهرابی، م.، و بوربور، و. (۱۳۹۸). مقایسه استرس ادراک شده، افسردگی و اضطراب در نوجوانان دختر خانواده‌های طلاق و دارای تجربه مرگ والدین. *آفاق علوم انسانی*، ۲۷(۳)، ۸۱-۹۹.
- ۱۶- عباسی‌آبرزگه، م.، مشایخ، ف.، و شاهوردی، م. (۱۳۹۸). مقایسه مشکلات رفتاری (اختلال سلوک، مشکلات توجه، پرخاشگری اجتماعی، اضطراب و گوشه‌گیری) در کودکان طلاق و عادی. *دستاورد‌های نوین در مطالعات علوم اجتماعی*، ۲۰(۲)، ۱۲۳-۱۳۱.
- ۱۷- عزیزی، ف. (۱۳۹۷). *دانش‌نامه سلامت معنوی اسلامی*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. تهران.
- ۱۸- عقیلی، س.، اصغری، آ.، کریمیان، ن. و نمازی، م. (۱۴۰۰). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر افزایش خودکارآمدی و امید به زندگی زنان مطلقه و تأثیر آن بر کاهش الگوهای ناسازگار اولیه فرزندان دختر آنان. *پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان*، ۳(۲)، ۱۹-۷.

- ۱۹- عقیلی، م. و نودهی، م. (۱۴۰۲). مقایسه انواع کمال‌گرایی با ویژگی‌های شخصیتی در دانش‌آموزان خانواده‌های طلاق و سایر دانش‌آموزان. *مطالعات زن و خانواده*. ۱۱(۱)، ۹۸-۱۳۳.
- ۲۰- قمری گیوی، ح.، و خشنودنیای چماچایی، ب. (۱۳۹۵). مقایسه مهارت‌های اجتماعی، سلامت روانی و عملکرد تحصیلی در فرزندان با والدین مطلقه، متقاضی طلاق و عادی. *فصلنامه خانواده‌پژوهشی*، ۴۵(۱۲)، ۶۹-۹۲.
- ۲۱- قنبری افرا، ل.، و ظاهری، آ. (۱۳۹۶). ارتباط اضطراب، استرس و افسردگی با سلامت معنوی در بیماران سندرم حاد عروق کرونری. *آموزش و سلامت جامعه*، ۴(۲)، ۲۸-۳۴.
- ۲۲- مولایی، ف.، برهانی، ف.، عباس‌زاده، ع. و خبازخوب، م. (۱۳۹۷). بررسی همبستگی سلامت معنوی و بار مراقبتی در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله حیات*، ۲۴(۴)، ۲۹۶-۳۰۹.
- ۲۳- نظام‌زاده، ب.، طیبی، ص.، مالکی رستم‌آبادی، م.، اکبری، ح.، و نامجو، ف. (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر بر اساس درماندگی روان‌شناختی و تحمل‌پریشانی در نوجوانان بزه‌کار. *فصلنامه مطالعات و تازه‌های روان‌شناختی نوجوانان و جوانان*، ۲(۱)، ۱۳-۲۳.
- ۲۴- نیک آذین، ا.، نایینیان، م. و شعیری، م. (۱۳۹۱). روایی و پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین ۲۷ گویه‌ای در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۸(۴)، ۴-۵۶.
- ۲۵- ورعی، ح. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای رابطه بهزیستی معنوی با شادکامی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه شهید باهنر و حوزه‌های علمیه شهر کرمان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- ۲۶- یوسفی، ن.، و کریمی پور، ب. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی و تحمل ناکامی والدین کودکان معلول جسمی-حرکتی. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۸(۳۰)، ۱۱۳-۳۲.
- 27- Arkes, J. (2015). The temporal effects of divorces and separations on children's academic achievement and problem behavior. *Journal of divorce & remarriage*, 56(1), 25-42.
- 28- Brewer, M. M. (2010). *The effects of child gender and child age at the time of parental divorce on the development of adult depression* (Doctoral dissertation, Walden University).
- 29- Bullock, M., Nadeau, L., & Renaud, J. (2012). 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*, 21(3), 186.
- 30- Emery, R. E. (2011). *Renegotiating family relationships: Divorce, child custody, and mediation*. Guilford Press.
- 31- Haimi, M., & Lerner, A. (2016). The impact of parental separation and divorce on the health status of children, and the ways to improve it. *Journal of Clinical & Medical Genomics*, 4(1), 1-7.
- 32- Haraldstad, K., Christophersen, K. A., & Helseth, S. (2017). Health-related quality of life and pain in children and adolescents: a school survey. *BMC pediatrics*, 17(1), 1-8.
- 33- Juškienė, V. (2016). Spiritual health as an integral component of human wellbeing. *Applied research in health and social sciences: interface and interaction*, 13, 3-13.
- 34- LaBrenz, C. A., Childress, S., Robinson, E. D., Sieger, M. L., & Ontiveros, J. (2022). Reasonable efforts to preserve families? An examination of service utilization and child removal. *Child abuse & neglect*, 128, 105631.
- 35- Liang, B., & West, J. (2011). Relational health, alexithymia, and psychological distress in college women: Testing a mediator model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 246.
- 36- Lovibond, S. H. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. *Sydney psychology foundation*.
- 37- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 1(1), 224-37.
- 38- Slack, K. S., Berger, L. M., Reilly, A., Reynders, R., & Cai, J. Y. (2022). Preventing child protective services system involvement by asking families what they need: findings from a multi-site RCT of the community response program (CRP). *Children and youth services review*, 141, 106569.
- 39- Statistical Center Of Iran. 1395. Available from: <https://www.amar.org.ir/english>. Accessed January 3, 2023.
- 40- World Health Organization. Adolescent department [2014/7/7]. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/). Accessed January 3, 2023.

## Comparison of Spiritual Health and Psychological Helplessness in Adolescent Girls from Divorced and Normal Families in Shiraz

Zahra Ghaedian<sup>1</sup>, Soode Dashtiane<sup>\*2</sup>, Nasir Dastan<sup>3</sup>

1. BA Student in Counseling, Department of Counseling. Fatemiyeh Shiraz, Institute of Higher Education. Shiraz. Iran.

Zahraghaedian.1999@gmail.com

2. Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht Iran. (Corresponding Author)

Soode.dashtiane@gmail.com

3. PH.D in counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz.

Nasir.dastan88@gmail.com

### Abstract

This research aims to compare spiritual health and psychological helplessness in adolescent girls from divorced and nuclear families. The descriptive research method was of a comparative causal type. The statistical population of this research includes all teenage girls in the first secondary school of Shiraz City. There are 80 people in the statistical sample population, 40 girls whose parents are divorced and 40 girls whose parents are not divorced. A stational sample was determined using cluster sampling. Palotzin and Ellison's spiritual health questionnaires and depression, stress, and anxiety questionnaire (DASS-21) were used to collect data. The collected data were analyzed at two levels (descriptive statistics and inferential statistics). Means and standard deviations were used for descriptive statistics and univariate analysis of variance for inferential statistics. The results showed a significant difference between spiritual health and psychological helplessness in teenage girls from divorced and nuclear families; Spiritual health is higher among teenagers whose parents are not divorced. Also, psychological helplessness is more among teenagers whose parents are divorced.

**Key words:** Spiritual health, Psychological helplessness, Adolescent, Divorce.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)