

# Determining the Effectiveness of Spiritual Therapy Educational Package on the Self-Management Components of Teenagers in Tehran

[DOI: 10.22070/tr.2025.19478.1646](https://doi.org/10.22070/tr.2025.19478.1646)

Maryam Al-Sadat Ahmadi<sup>1</sup>, Mehrdad Thabit<sup>\*2</sup>, Fariborz Dartaj<sup>3</sup> and Khadijeh Abol-Maali<sup>4</sup>

1. PhD Student in Educational Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.  
Email: papeli6794@gmail.com
2. Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran. (Corresponding Author)  
Email: mehrdadsabet@gmail.com
3. Professor of Psychology, Department of Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.  
Email: dortaj@atu.ac.ir
4. Professor, Department of Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, North Tehran, Iran.  
Email: sama.abolmaali@gmail.com

Received on: 14/08/2024

Revised on: 08/02/2025

Accepted on: 15/04/2025



Research  
Article

Vol. 22, No. 2, Serial 42

Autumn & Winter

2025-26

pp: 75-88

## Abstract

**Aim and introduction:** Adolescence is the transition from childhood to adulthood and it is in all levels of life, especially in the social dimension. In this era, Descriptions of education and training requires raising a generation that is more aware than in the past; the new generation is also responsible for guiding mankind towards progress. According to the stated content, this research aims to determine the effectiveness of the spiritual therapy educational package on the self-management components of first secondary school teenagers.

**Methodology:** This research is practical in terms of purpose and semi-experimental in terms of execution with a control group and a three-month follow-up. The experimental group used the educational package of spiritual therapy, while the control group did not use the training in this area. The statistical population included all 4256 students of the first secondary school in the 5th district of Tehran in 2021-2022. The statistical sample size of the research was 50 school students, which was determined in two stages, first by voluntary method, then by targeted sampling according to the entry and exit criteria determined by the researchers. In the present study, the self-determination questionnaire (Desi and Ryan, 2017), a self-report questionnaire, and the Hartz spiritual therapy package were used on the experimental group in 8 two-hour intensive sessions. Participants entering in the targeted sampling included voluntary registration, filling out an informed consent form of volunteers, being aged 12 to 14. Accordingly, the researchers' exit certificates were considered as not having any of the arrival certificates. Content validity of the therapeutic spirituality training package was evaluated and confirmed by using a survey of ten experts. According to the two indicators, cases in the Nasdaq closed lower than 26 % and the Nasdaq dropped below 79 %. People in the experimental group were not trained on the items removed from the training package. Items 10, 22, 36, 47, 54, 57, 61 and 62 in the questionnaire were omitted from the analysis process since they did not obtain the limit in the factor analysis. After this stage, the number of items in the questionnaire was reduced to 55 items. Due to the slight change in the structure of the obtained components compared to the main questionnaire, according to the opinion of expert professors, the sub-components were given the same names as the main questionnaire. The Bartlett and KMO tests, as necessary conditions for

## Journal of Training & Learning Researches

*Received on:* 14/08/2024

*Revised on:* 08/02/2025

*Accepted on:* 15/04/2025



Research  
Article

*Vol. 22, No. 2, Serial 42*

*Autumn & Winter*

*2025-26*

*pp: 75-88*

the adequacy of the sample and the implementation of factor analysis were performed. Bartlett's test shows a degree of freedom of 1953 and the KMO test equals to 0.651 which is significant at the 0.0001 level.

**Finding:** The average scores of the experimental group, were subjected to its group training, in the component of trust in God increased. But there is no difference in the control group that was not trained. The average and standard deviation of the scores of the two groups in the spiritual problem-solving component indicate that the average and standard deviation in the experimental group in both stages and in the control group in the post-test are equal to 1.60. The results of calculating the mean and standard deviation showed that there is no statistically significant difference between the mean spiritual problem solving in the control group in the pre-test. The mean and standard deviation of the scores of the two groups in the search for meaning component in the experimental group increased by 1.40 after the training. So that in the pre-test the mean  $\pm$  standard deviation is  $1.60 \pm 0.69$  and in the post-test it is  $3.00 \pm 0.94$ . But in the control group, the average increase is insignificant (0.10). There is no statistically significant relationship between the averages of the experimental and control groups in the search for meaning component in the pre-test, and the calculated p is equal to 0.51.

**Discussion and Conclusions:** In addition, the goal is to create a unique and personalized learning experience that includes personal meaning, process planning, targeted and applied goal - setting, and monitoring processes that represent the aspects of learning development. In other words, this learning style is an active one in which the learner should have a goal and show planning, organizing and adding skills. The learner should also discover what factors in his learning act as a warrior and what factors play a role in learning as a deterrent. To do this, the learner must use the individual management and control skills that are accompanied by appropriate feedback.

**Keywords:** Spiritual therapy, Self-leadership, Educational package, Secondary level.

# تعیین اثربخشی بسته آموزشی معنویت درمانی بر مؤلفه‌های خودراهبری نوجوانان شهر تهران<sup>۱</sup>

DOI: [10.22070/tlr.2025.19478.1646](https://doi.org/10.22070/tlr.2025.19478.1646)

مریم‌السادات احمدی<sup>۱</sup>، مهرداد ثابت<sup>۲\*</sup>، فریبرز درتاج<sup>۳</sup> و خدیجه ابوالمعالی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، رشته روان‌شناسی تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Email: [papeli6794@gmail.com](mailto:papeli6794@gmail.com)

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

Email: [mehrdadsabet@gmail.com](mailto:mehrdadsabet@gmail.com)

۳. استاد تمام، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Email: [dortaj@atu.ac.ir](mailto:dortaj@atu.ac.ir)

۴. استاد تمام، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: [sama.abolmaali@gmail.com](mailto:sama.abolmaali@gmail.com)

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر به تعیین اثربخشی بسته آموزشی معنویت‌درمانی بر مؤلفه‌های خودراهبری نوجوانان شهر تهران می‌پردازد. این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر اجرا نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش و پیگیری سه‌ماهه انجام شده است.

**روش:** جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول منطقه ۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ (۴۲۵۶ نفر) تشکیل می‌دهند. حجم نمونه آماری پژوهش ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مدارس بودند که در دو مرحله، ابتدا به روش داوطلبانه و سپس به صورت نمونه‌گیری هدفمند برحسب ملاک‌های ورود و خروج که پژوهشگران معین کرده بودند، مشخص شدند. در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه خودتعیین‌گری (دسی و ریان، ۲۰۱۷) که پرسش‌نامه‌ای خودگزارش‌دهی است، استفاده شد. همچنین، از بسته معنویت‌درمانی هارتز (۲۰۰۵) هم روی گروه آزمایش در ۸ جلسه دو ساعته استفاده شد.

**یافته‌ها:** پس از تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار (SPSS18) روشن شد که پس از اجرای بسته معنویت‌درمانی گروهی، میزان انگیزه، اولویت‌بندی و خودترغیبی به صورت معنی‌داری افزایش یافته است. بیشترین میزان تغییرات در مؤلفه اولویت‌بندی و کمترین تغییرات مربوط به خودترغیبی است. این در حالی است که در دو مؤلفه آینده‌نگری و هدف‌یابی، افزایش تغییرات از نظر آماری معنی‌دار نیست ( $P < 0.05$ ).  
**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از آن است که بسته آموزشی بر افزایش قدرت معنویت و خودراهبری نوجوانان اثرگذار است.

**واژگان کلیدی:** معنویت‌درمانی، خودراهبری، بسته آموزشی، مقطع متوسطه.

نشریه علمی  
پژوهش‌های  
آموزش و یادگیری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۴

تاریخ اصلاحات: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶



مقاله پژوهشی

Journal of  
Training & Learning  
Researches  
Vol. 22, No. 2, Serial 42  
Autumn & Winter  
2025-26

دوره ۲۲، شماره ۲، پیاپی ۴۲  
پاییز و زمستان ۱۴۰۴  
صص: ۷۵-۸۸

۱. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

## مقدمه

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و بستر تغییرات گسترده در تمامی سطوح زندگی، به‌ویژه در بُعد اجتماعی است [۱]. حساسیت‌های تعلیم و تربیت در عصر حاضر پرورش نسل آگاه‌تر نسبت به زمان گذشته را طلب می‌کند. نسل جدید وظیفه هدایت بشر به سوی پیشرفت را نیز بر عهده دارد [۲]. بنا بر اعتقاد پژوهشگران، تغییرات در بُعد اجتماعی سایر ابعاد تحول را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد [۳]. اما مسئله اساسی این است که اکثر دانش‌آموزان نوجوان در تشخیص رفتارهای اجتماعی مطلوب و نیز در ایجاد تعاملات سازگاران با دیگران ناتوانند [۱]. برقراری ارتباطات اجتماعی مطلوب به این دلیل اهمیت دارد که می‌تواند نوجوان را برای دوره آتی تحول، یعنی دوره صمیمیت و مردم‌آمیزی، آماده کند و برطرف‌کننده بسیاری از نیازهای تحولی نوجوان باشد [۴]. انجم و همکاران [۵] معتقدند که افراد به‌منظور برقراری ارتباط مناسب و هماهنگ با محیط، به‌گزینه سازگاری دست می‌زنند؛ بنابراین ایجاد هماهنگی رفتار فردی با خواسته‌های محیطی، ویژگی اساسی سازگاری است.

بندورا [۶] با مطرح کردن مبحث عاملیت فردی، نقش تعیین‌کننده فرد را در برقراری ارتباطات با محیط و اجتماع در نظر می‌گیرد. از نظر پژوهشگران عاملیت فردی با مدیریت شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتار به سازگاری اجتماعی بهتر نوجوان کمک می‌کند [۷]. انسان‌ها به‌طور درونی و ذاتی برانگیخته می‌شوند تا به فعالیت‌هایی که برای آن‌ها جالب، دارای چالش‌بهرینه و به‌طور طبیعی خشنودکننده است، روی آورند. این نظریه فرض می‌کند که برآورده ساختن نیازهای اساسی روان‌شناختی (نیاز به خودکارآمدی، شایستگی و پیوستگی) برای درونی ساختن مؤثر رفتارها، رشد روان‌شناختی، انگیزش، یکپارچگی و بهزیستی لازم است. نیاز به خودراهبری به تجربه احساس انتخاب کردن تأیید و اختیار در آغاز، ادامه و اتمام فعالیت‌های رفتاری اشاره می‌کند و نیاز به شایستگی به احساس

اثرمند بودن در تعامل با دنیای فیزیکی و اجتماعی مربوط است و نیاز به پیوستگی به دریافت توجه و صمیمیت در تعامل با دیگران و به دست آوردن یک احساس کلی تعلق و وابسته بودن اشاره می‌کند [۴]. نظریه خودراهبری یادگیری بر این باور است که رسیدن به درک کاملی از انگیزش انسان مستلزم در نظر گرفتن این سه نیاز ذاتی و اساسی روان‌شناختی است. براساس این نظریه، افراد با توجه به تجربه‌های محیطی متفاوت و نوع حمایت‌هایی که دریافت کرده‌اند، درجه‌های متفاوتی از خودراهبری یادگیری را نشان می‌دهند؛ بنابراین از لحاظ انگیزش هم با توجه به میزان خودراهبری ادراک‌شده، پیوستاری از انگیزش وجود دارد که درجه‌های متفاوتی از خودراهبری را منعکس می‌سازد [۱].

در نظریه کاسترو و همکاران<sup>۲</sup> [۸] خودراهبری در قالب هفت گام اساسی دریافت اطلاعات مرتبط<sup>۳</sup>، ارزیابی اطلاعات، مقایسه آن با رفتارهای معطوف به هدف در ارتباطات اجتماعی، به‌ویژه خودراهبری اجتماعی نیز می‌تواند تأثیرگذار باشد.

بسیاری از پژوهشگران [۹، ۱۰، ۱۱] نقش خودراهبری را در تأثیرگذاری بر شاخصه‌های آموزشی و بهداشتی، نظیر عملکرد و انگیزش تحصیلی، کاهش تنیدگی، اضطراب و افسردگی بررسی کرده‌اند، اما به نقش این متغیر در تأثیرگذاری بر شاخصه‌های اجتماعی رفتار انسان و سازگاری اجتماعی توجه کمتری شده است [۱۲، ۱۳]؛ بنابراین طبق نظر بارلو و همکاران<sup>۴</sup> [۱۴] لزوم مطالعات در زمینه بررسی نقش خودراهبری، در تسریع فرایند اجتماعی شدن و سازگاری اجتماعی احساس می‌شود. از نظر او پرداختن به برنامه‌هایی برای افزایش خودراهبری به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا راحت‌تر هیجان‌هایشان را مدیریت کنند؛ در نتیجه در ارتباطات با هم‌سالان آسیب‌پذیری کمی داشته باشند. عبدی و همکاران [۱۵] نیز اگرچه این مسیر را سخت ارزیابی

1. Filipade Castro, ClaudiaCappa, JenniferMadans

2. relevant information

4. Barlow DH, DiNardo PA, Vermilyea BB, et al

ارزیابی کنند [۱۹].

علاوه بر این، ویژگی‌های شخصیتی دانش‌آموزان خودراهبر مانند استقلال، کنجکاوی و توانایی سازماندهی زمان می‌تواند از طریق معنویت‌درمانی تقویت شود. تحقیقات نشان می‌دهد که شخصیت لزوماً ثابت نیست و می‌تواند در طول زمان تغییر کند [۱۸]؛ بنابراین معنویت‌درمانی می‌تواند به توسعه ویژگی‌های خودراهبری در دانش‌آموزان کمک کند.

به‌عنوان نمونه‌ای از این تمایل ذاتی که در همه یافت می‌شود، روش‌هایی مانند دارودرمانی، روان‌درمانی یا روش‌های ترکیبی برای درمان افسردگی و ارتقای خودراهبری نوجوانان به کار برده شده است. روش‌های روان‌درمانی از جمله روش مداخله‌ای شناختی رفتاری نیز استفاده می‌شوند [۲۰، ۲۱]. در دهه‌های اخیر، کارایی معنویت‌درمانی در درمان بیماری‌های روانی نشان داده شده است [۲۲]. معنویت‌درمانی گروهی بر مبنای نظریه هارتز نیز می‌تواند در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر باشد [۲۴].

امروزه مردم جهان بیش از گذشته به معنویت و پرداختن به مسائل معنوی در زندگی خود گرایش نشان می‌دهند. روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز اذعان دارند که روش‌های سنتی و دارودرمانی صرف برای بسیاری از اختلال‌های رفتاری کارگشا نیست. سازمان بهداشت جهانی نیز اقدام به ارائه بازتعریفی از ماهیت و ابعاد وجودی انسان کرده است که شامل ابعاد روانی، جسمانی، اجتماعی و معنوی است [۲۵]. برخی معتقدند که می‌توان معنویت را بخشی از مدل زیستی - روانی - اجتماعی در انسان‌ها در نظر گرفت [۲۶].

معنویت‌درمانی عبارت است از استفاده از ایمان قلبی فرد برای مسلط شدن بر مسائل خلقی، روحی و روانی. پوراکیران و همکاران [۲۷] در پژوهش خود بیان کرده‌اند که با استفاده از گروه‌درمانی معنوی می‌توان راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان را افزایش داد. ویشکین و تامیر نیز بر اثربخشی معنویت در مقابلات هیجان‌مدار اشاره کرده‌اند.

می‌کنند، معتقدند هر دانش‌آموزی که به مجموعه کوچکی از راهبردهای خودراهبری مسلط باشد، قادر خواهد بود تا با ناامیدی‌ها، استرس‌ها و چالش‌های روزمره مقابله و با دیگران ارتباطات سازگار برقرار کند. از نظر آن‌ها خودراهبری با تأثیرگذاری بر مؤلفه‌های شناختی و رفتاری نظیر انعطاف‌پذیری باعث افزایش سازگاری نوجوانان می‌شود. ماسی<sup>۱</sup> [۱۶] نیز معتقد است که خودراهبری باعث افزایش توانایی فرد در کنترل پرخاشگری، اختلالات رفتار آشفته، خطرپذیری و انجام دادن رفتارهای خطرناک و ضداجتماعی به فرد در سازگاری با تغییرات کمک می‌کند. خودراهبری توانایی مقابله با استرس‌ها را در مدرسه فراهم و به نظم‌دهی افکار و اعمال کمک می‌کند. به این ترتیب، خودراهبری با به‌کارگیری نظام گسترده عملکرد اجرایی نظیر افزایش تمرکز و توجه و نیز ایجاد توانایی خودکنترلی هیجان‌ها، باعث نظم‌دهی واکنش‌های شدید هیجانی در دانش‌آموزان می‌شود و از این طریق به برقراری روابط بین‌فردی مثبت در آن‌ها کمک می‌کند.

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که معنویت‌درمانی می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس داشته باشد و به بهبود خودآگاهی و خودارزیابی افراد کمک کند [۲۲، ۲۳، ۲۴]. معنویت‌درمانی با تأکید بر یافتن معنا و هدف در زندگی می‌تواند به دانش‌آموزان کمک کند تا رویکرد مثبتی به یادگیری و خودراهبری داشته باشند.

مدل خودراهبری یادگیری اسوالت ویژگی‌های دانش‌آموزانی را که شامل تعدادی از ویژگی‌های شخصیتی هستند، جزئی کلیدی در تبدیل شدن به یک دانش‌آموز خودراهبر می‌داند [۱۷]. همچنین، بررسی‌های دوک نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیتی تأثیر درخور توجهی بر نگرش و رویکرد فرد به یادگیری دارند [۱۸]. افرادی که از معنویت‌درمانی بهره‌مند می‌شوند، ممکن است احساس مسئولیت بیشتری در قبال یادگیری خود داشته باشند و توانایی‌های خود را بهتر

1. Massey M

سؤال کلی پژوهش حاضر آن است که تا چه میزان بسته آموزشی معنویت درمانی بر مؤلفه های خودراهبری نوجوانان متوسطه اول اثر دارد؟ سؤال فرعی پژوهش حاضر به قرار زیر است:  
- بسته آموزشی معنویت درمانی گروهی تا چه میزان بر شاخصه های اجتماعی و سازگاری اجتماعی فراگیران متوسطه اول اثر دارد؟

### روش شناسی<sup>۶</sup>

این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر اجرا نیمه آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش و پیگیری سه ماهه انجام شده است. گروه آزمایش از بسته آموزشی معنویت درمانی استفاده کرد، در حالی که گروه کنترل از آموزشی در این حوزه استفاده نکرد.

### جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام دانش آموزان مقطع متوسطه اول دخترانه منطقه ۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ (۴۲۵۶ نفر) تشکیل می دهند.

### برآورد نمونه و روش نمونه گیری

حجم نمونه آماری پژوهش ۳۰ نفر از دانش آموزان مدارس بودند که در دو مرحله، ابتدا به روش داوطلبانه و سپس به صورت نمونه گیری هدفمند برحسب ملاک های ورود و خروج که پژوهشگران معین کرده بودند، مشخص شدند. اعضای نمونه پس از همتاسازی از نظر سن و پایه تحصیلی به شکل تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل شدند.

### ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر از پرسش نامه خودتعیین گری [۳۲] (دسی و ریان، ۲۰۱۷) که یک پرسش نامه خودگزارش دهی است و همچنین، از بسته معنویت درمانی

بررسی پژوهش ها در حوزه معنویت درمانی نشان می دهد که این مهم بر کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان [۲۸]، افزایش کیفیت زندگی، سلامت معنوی و شادکامی و سرسختی زنان سالمند [۲۹]، کاهش افسردگی [۳۰]، امید به زندگی و رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی [۳۱] اثر داشته است.

با وجود این، شکاف هایی در پژوهش های گذشته وجود دارد. برای نمونه، پژوهش های اندکی بر تأثیر بسته های آموزشی معنویت درمانی بر خودراهبری دانش آموزان انجام شده است. همچنین، ارتباط دقیق بین ویژگی های شخصیتی دانش آموزان خودراهبر و تأثیر معنویت درمانی بر توسعه این ویژگی ها به بررسی بیشتری نیاز دارد. پژوهش های بیشتری باید بر روش های ترکیبی که شامل معنویت درمانی و دیگر روش های درمانی باشد، انجام شود تا بتوان تأثیرات جامع تری را مشاهده کرد.

به طور خلاصه، با وجود تأثیرات مثبت معنویت درمانی، به پژوهش های بیشتری در زمینه آموزش معنویت درمانی و بسته های آموزشی خودراهبر دانش آموزان نیاز است تا بتوان به نتایج جامع تر و کاربردی تری دست یافت.

### سؤال های پژوهش

با توجه به مطالب بیان شده، پرسش پژوهش حاضر این است که اثر بسته آموزشی معنویت درمانی بر مؤلفه های خودراهبری نوجوانان (متوسطه اول) شهر تهران چگونه است؟

هدف کلی پژوهش تعیین اثربخشی بسته آموزشی معنویت درمانی بر مؤلفه های خودراهبری نوجوانان متوسطه اول است. اهداف فرعی پژوهش عبارت اند از:

۱. بررسی اثر بسته آموزشی معنویت درمانی قبل و بعد از آموزش؛
۲. سنجش خودراهبری فراگیران قبل و بعد از آموزش معنویت درمانی.

تا کاملاً موافق ۵ صورت می‌گیرد. ماده‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۳۷، ۴۰، ۴۳، ۴۵، ۵۰، ۵۵، ۶۲ و ۶۳ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

بعد از تحلیل عاملی داده‌ها، ماده‌های ۱۰، ۲۲، ۳۶، ۴۷، ۵۴، ۵۷، ۶۱ و ۶۲ در پرسش‌نامه به این دلیل که با هیچ‌کدام از عوامل بار عاملی نشان ندادند، از فرایند تحلیل خارج شدند. بعد از این مرحله تعداد ماده‌های پرسش‌نامه به ۵۵ ماده کاهش یافت. با توجه به تغییر اندکی که در ساختار مؤلفه‌های به‌دست‌آمده نسبت به پرسش‌نامه اصلی ایجاد شده بود، طبق نظر استادان متخصص، خرده‌مؤلفه‌ها از همان نام‌های پرسش‌نامه اصلی برخوردار شدند. نتایج آزمون‌های بارتلت و KMO که از شرط‌های لازم برای کفایت نمونه و اجرای تحلیل عاملی است، عبارت‌اند از: آزمون بارتلت با درجه آزادی ۱۹۵۳ و آزمون KMO معادل ۰/۶۵۱ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

خلاصه برنامه بسته آموزش معنوی هارتز در هشت جلسه در جدول (۲) آمده است.

هارتز [۲۳] بر روی گروه آزمایش در هشت جلسه فشرده دوساعته استفاده شد.

ملاک‌های ورود در نمونه‌گیری هدفمند شامل ثبت‌نام داوطلبانه، پر کردن فرم رضایت آگاهانه داوطلبان، قرار داشتن در محدوده سنی ۱۲ تا ۱۴ سال بود. بر همین اساس، ملاک خروج پژوهشگران نیز دارا نبودن هریک از ملاک‌های ورود در نظر گرفته شد. روایی محتوایی بسته آموزشی معنویت‌درمانی با استفاده از نظرسنجی ده تن از متخصصان با محاسبه CVI و CVR بررسی شد و مورد تأیید قرار گرفت. بر اساس این دو شاخص، مواردی که در بسته آموزشی CVR کمتر از ۰/۶۲ و CVI کمتر از ۰/۷۹ داشتند، کنار گذاشته شدند. افراد گروه آزمایش نیز تحت آموزش موارد حذف‌شده از بسته آموزشی قرار نگرفتند.

هفت گام پرسش‌نامه خودتعیین‌گری [۳۲] به ترتیب عبارت‌اند از دریافت اطلاعات، ارزیابی آن‌ها با توجه به هنجارها، راه‌اندازی تغییر، جست‌وجوی گزینه‌ها، طرح‌ریزی، اجرای طرح و ارزیابی تأثیرگذاری طرح، نمره‌گذاری آن در یک مقیاس لیکرتی از کاملاً مخالف ۱

جدول ۱. شاخص‌های معناداری داده‌ها در اجرای اول

شاخص‌ها	اندازه KMO	مجذور کای آزمون بارتلت	درجه آزادی	سطح معناداری
معناداری	۰/۶۵	۱۸۴۱/۶۲	۱۹۵۳	۰/۰۰۱

جدول ۲. خلاصه برنامه بسته آموزش معنویت هارتز

جلسه	هدف	محتوا
اول	معرفی برنامه و تشخیص دیدگاه معنوی اولیه دانش‌آموزان	معارفه و آشنایی با دانش‌آموزان بیان اهداف و انتظارات از دانش‌آموزان شرح جلسات آموزشی پیش رو آشنا ساختن دانش‌آموزان با ساختار و چهارچوب دوره
دوم	تعیین دل‌مشغولی‌ها و نگرانی‌هایی که در میان دانش‌آموزان رایج است.	ایجاد فضا برای بحث و بیان نظرات استخراج نیازها و دل‌نگرانی‌های دانش‌آموزان با مشارکت خودشان

ادامه جدول ۲. خلاصه برنامه بسته آموزش معنویت هارتز

جلسه	هدف	محتوا
سوم	تعیین اهدافی که با سیستم معنوی دانش‌آموزان سازگار باشد.	شناخت سیستم معنوی مسلط بر افکار دانش‌آموزان بهره‌گیری از مشارکت آن‌ها برای هدف‌گذاری
چهارم	مشخص کردن اعمال مذهبی برای کسب اهداف جلسه قبل که با دیدگاه‌های دانش‌آموزان همسو است.	تعیین فعالیت‌ها و تمرین‌هایی که به دستیابی اهداف جلسه قبل منجر می‌شود.
پنجم	بهره‌گیری از تجربه‌های معنوی هم‌سالان و گذشتگان	دانش‌آموزان پس از انجام دادن فعالیت‌های پیشین، تجربه‌های خود را با یکدیگر به اشتراک بگذارند تا بتوانند نقاط قوت و ضعف عملکرد خود را بیابند و برای بهبود آموزش معنوی خود در عمل بکوشند.
ششم	آموزش تکنیک‌هایی که به تقویت هوش معنوی دانش‌آموزان منجر می‌شود.	معلم راهکارهای موفق‌تری را که به دستیابی به اهداف منجر می‌شود، آموزش دهد. بر شیوه کاربست آن‌ها نظارت داشته باشد. راهنمایی برای رفع اشکالات و بهبود روند انجام دادن تکنیک‌ها انجام شود.
هفتم	باورهای معنوی مثبت و منفی تفکیک شوند.	باورهای مؤثر بر موفقیت و شکست دانش‌آموزان در جلسات گذشته واکاوی شود.
هشتم	تقویت باورهای معنوی مثبت	باورهایی که در جلسه گذشته مشخص شدند و بر عملکرد دانش‌آموزان در حوزه فعالیت‌های موضوع بحث در پژوهش اثر دارد، تقویت شود.
برگرفته از کتاب معنویت و سلامت روان؛ کاربردهای بالینی، هارتز (۲۰۰۵)		

روش تحلیل داده‌ها

پس از اتمام دوره آموزش معنوی، هر دو گروه در معرض آزمون معنویت درمانی و خودراهبری قرار گرفتند (پس آزمون). پس از گذشت سه ماه مجدداً هر دو گروه به‌منظور انجام آزمون پیگیری تحت سنجش قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده در هر دو آزمون با استفاده از نرم افزار SPSS18 تحلیل شد.

یافته‌ها

به‌منظور آگاهی از میزان معنویت‌درمانی، در وهله اول میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه در هریک از ۵ مؤلفه توکل به خدا، مسئله‌گشایی معنوی، معناجویی، خودمراقبتی و امید محاسبه شد. در وهله دوم، میانگین‌های پیش‌آزمون هریک از دو گروه با استفاده از آزمون آماری تی مستقل مقایسه شدند و در وهله سوم، میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه

آزمایش (گروه ۱) با کمک آزمون آماری تی وابسته تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاصل به شرح مندرج در سطرهای زیر است. در جدول (۳) بررسی وضعیت جمعیت شناختی افراد بررسی شده آمده است.  
میانگین نمرات گروه (۱) در مؤلفه توکل به خدا که تحت آموزش گروهی آن قرار گرفته اند، افزایش داشت؛ اما در گروه (۲) که تحت آموزش نبودند، تفاوتی مشاهده نمی‌شود. همچنین، برای تعیین معنادار بودن تفاوت میانگین‌های هر گروه در پیش‌آزمون از آزمون آماری تی برای گروه‌های همبسته استفاده شد.

آماره SW: آزمون شاپیرو - ویلک

میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در مؤلفه مسئله‌گشایی معنوی حاکی از آن است که میانگین و انحراف معیار در گروه (۱) در هر دو مرحله و در گروه (۲) در پس‌آزمون باهم مساوی و برابر ۱/۶۰ است. نتایج

حاصل از محاسبه میانگین و انحراف معیار نشان داد که پیش‌آزمون، تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. بین میانگین مسئله‌گشایی معنوی (۲) گروه در

جدول ۳. مشخصات جمعیت‌شناختی گروه مداخله و گواه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول

نتیجه آزمون	گروه		متغیر جمعیت‌شناختی
	گواه تعداد (درصد)	آموزش معنویت‌درمانی تعداد (درصد)	
$\chi^2(2) = 0.22$ $P = 0.895$			پایه تحصیلی
	۴(۲۶/۷)	۵(۳۳/۳)	هفتم
	۶(۴۰)	۶(۴۰)	هشتم
	۵(۳۳/۳)	۴(۲۶/۷)	نهم
$\chi^2(2) = 0.25$ $P = 0.881$			تحصیلات پدر
	۳(۲۰)	۴(۲۶/۷)	زیر دیپلم
	۵(۳۳/۳)	۴(۲۶/۷)	دیپلم و فوق‌دیپلم
	۷(۴۶/۷)	۷(۴۶/۶)	لیسانس و بالاتر
$\chi^2(2) = 0.22$ $P = 0.895$			تحصیلات مادر
	۶(۴۰)	۶(۴۰)	زیر دیپلم
	۴(۲۶/۷)	۵(۳۳/۳)	دیپلم و فوق‌دیپلم
	۵(۳۳/۳)	۴(۲۶/۷)	لیسانس و بالاتر
$t(28) = 1.26, P = 0.215$	۱۵/۴۴(۱/۰۱)	۱۵/۸۶(۰/۷۹)	سن دانش‌آموز (سال)

$\chi^2$ : آزمون کای اسکور، t: مستقل

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای توکل به خدا، مسئله‌گشایی معنوی، معنایابی و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌های آموزش خودراهبری یادگیری و گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره S-W	P
توکل به خدا	پیش‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۱۱/۰۶	۱/۸۶	۰/۹۴۳	۰/۴۲۸
		گواه	۱۱/۲۶	۱/۷۵	۰/۹۴۷	۰/۴۷۵
	پس‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۱۴	۲/۳۶	۰/۹۳۴	۰/۳۰۹
		گواه	۱۱/۷۳	۱/۵۳	۰/۸۶۰	۰/۰۲۴
	پیگیری	آموزش معنویت‌درمانی	۱۴/۸۶	۲/۰۹	۰/۹۲۶	۰/۲۴۱
		گواه	۱۱/۸۶	۱/۲۴	۰/۹۱۰	۰/۱۳۴
مسئله‌گشایی معنوی	پیش‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۳۷/۹۳	۱/۶۰	۰/۹۸۳	۰/۹۸۷
		گواه	۳۶/۸۰	۱/۶۰	۰/۹۶۰	۰/۶۹۴
	پس‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۴۳/۶۰	۱/۶۰	۰/۹۱۶	۰/۱۶۹
		گواه	۳۷/۹۳	۲/۶۰	۰/۹۱۰	۰/۱۳۵
	پیگیری	آموزش معنویت‌درمانی	۴۴	۲/۸۲	۰/۹۴۹	۰/۵۱۱
		گواه	۳۷/۸۶	۱/۸۸	۰/۹۲۸	۰/۲۵۷

ادامه جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای توکل به خدا، مسئله‌گشایی معنوی، معناجویی و مؤلفه‌های آن به تکنیک گروه‌های آموزش خودراهبری یادگیری و گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره S-W	P
معناجویی	پیش‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۵۱/۲۶	۱/۶۰	۰/۹۴۸	۰/۴۸۷
		گواه	۵۰/۹۳	۱/۴۰	۰/۹۳۹	۰/۳۶۶
	پس‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۵۱/۳۶	۳/۰۰	۰/۸۹۹	۰/۵۱
		گواه	۵۳/۰۶	۳/۶۱	۰/۹۶۰	۰/۶۹۳
	پیگیری	آموزش معنویت‌درمانی	۶۵/۸۰	۳/۶۰	۰/۹۳۶	۰/۳۴۰
		گواه	۵۴/۳۳	۳/۱۷	۰/۹۶۲	۰/۷۳۱
خودمراقبتی	پیش‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۱۵/۷۳	۱/۷۰	۰/۸۲۰	۰/۸۶۲
		گواه	۱۵/۲۰	۱/۷۰	۰/۸۱۵	۰/۸۶۶
	پس‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۱۸/۶۶	۳/۲۰	۰/۸۲۰	۰/۰۹۲
		گواه	۱۵/۸۰	۱/۸۰	۰/۹۳۶	۰/۳۳۵
	پیگیری	آموزش معنویت‌درمانی	۱۹/۲۰	۲/۹۵	۰/۹۵۲	۰/۵۵۵
		گواه	۱۶	۱/۳۶	۰/۹۱۰	۰/۱۳۸
امید	پیش‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۱۴/۳۳	۲/۹۱	۰/۸۴۸	۰/۴۹۸
		گواه	۱۴/۲۰	۲/۵۴	۰/۸۷۳	۰/۸۹۹
	پس‌آزمون	آموزش معنویت‌درمانی	۱۹/۰۶	۳/۵۷	۲/۳۷۳	۰/۰۸۰
		گواه	۱۵/۲۰	۲/۳۶	۰/۷۷۳	۰/۷۱۲
	پیگیری	آموزش معنویت‌درمانی	۱۹/۸۰	۱/۷۸	۰/۸۲۹	۰/۰۰۹
		گواه	۱۵/۷۳	۱/۷۰	۰/۹۶۰	۰/۶۹۸

و در پس‌آزمون  $1/03 \pm 3/20$  است. میانگین و انحراف معیار در گروه دوم (گروه شاهد) به میزان  $0/10$  کاهش یافته است.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دانش آموزان در دو گروه در مؤلفه امید نشان‌دهنده آن است که میانگین در گروه اول در پس‌آزمون  $1/50$  افزایش یافته است. این در حالی است که در گروه دوم میانگین ها در پس‌آزمون  $0/10$  کاهش یافته است.

برای آزمون تأثیر آموزش معنویت‌درمانی در خودراهبری دانش آموزان از آزمون تی وابسته استفاده شد. نتایج حاصل در هر ۵ مؤلفه به شرح مندرج در جدول زیر است.

میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در مؤلفه معناجویی در گروه اول، پس از آموزش به میزان  $1/40$  افزایش یافته است؛ به طوری که در پیش‌آزمون میانگین  $\pm$  انحراف معیار برابر  $0/69 \pm 1/60$  است و در پس‌آزمون به  $0/94 \pm 3/00$  است؛ اما در گروه دوم افزایش میانگین ها نامحسوس ( $0/10$ ) است. بین میانگین‌های گروه اول و دوم در مؤلفه معناجویی در پیش‌آزمون ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد و  $p$  محاسبه شده برابر  $0/51$  است.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دانش آموزان در دو گروه (۱) و (۲) در مؤلفه خودمراقبتی در گروه اول افزایش یافته است؛ به گونه ای که میانگین  $\pm$  انحراف معیار در پیش‌آزمون  $0/82 \pm 1/70$

جدول ۵. نتیجه آزمون تی وابسته برای مقایسه پیش آزمون و پس آزمون در گروه (۱) در مؤلفه‌های معنویت‌درمانی

Sig	T	درجه‌های آزادی	تعداد	مؤلفه
۰/۱۰۷	۱/۷۹	۹	۱۰	توکل به خدا
۱/۰۰	۰/۰۰	۹	۱۰	مسئله‌گشایی معنوی
۰/۰۰	۶/۳۳	۹	۱۰	معناجویی
۰/۰۰۱	۴/۸۸	۹	۱۰	خودمراقبتی
۰/۰۰۱	۶/۷۰	۹	۱۰	امید

گروه آزمایش میانگین از ۱/۶۰ به ۲/۷۰ تغییر یافته است. همچنین، بین میانگین نمرات در گروه اول و دوم در مؤلفه اولویت بندی در پیش آزمون تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ).

میانگین  $\pm$  انحراف معیار مؤلفه آینده‌نگری در گروه اول روند صعودی را طی کرده است؛ به گونه ای که از ۱/۰۳  $\pm$  ۱/۸۰ به ۲/۷۰  $\pm$  ۰/۴۸ سیر کرده است؛ اما در گروه دوم تغییرات نامحسوس کاهشی مشاهده می‌شود. نتایج حاصل از آزمون Independent t test نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات در گروه اول و دوم در مؤلفه آینده‌نگری در پیش از آزمون تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ).

میانگین مؤلفه خودترغیبی در گروه اول افزایش ۱/۸۰ داشته، در حالی که در گروه دوم (شاهد) تغییری در میانگین‌ها ایجاد نشده است. یافته‌های حاصل از مقایسه پیش آزمون در دو گروه مبین آن است که میزان مؤلفه خودترغیبی در گروه اول و دوم تغییر معنی داری ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ).

نتایج این تحقیق نشان داد که میانگین نمرات در مؤلفه هدف‌یابی در گروه اول ۰/۶۰ و در گروه دوم ۰/۴۰ افزایش یافته است.

نتایج حاصل نشان داد که در ۳ مؤلفه معناجویی، خودمراقبتی و امید، t محاسبه‌شده در سطح  $P < ۰/۰۵$  بزرگ‌تر از t استاندارد است. این به آن معنا است که بین میانگین‌های ۳ مؤلفه تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین معنویت‌درمانی در این ۳ مؤلفه تأیید می‌شود. براین اساس، می‌توان نتیجه گرفت که گرچه در دو مؤلفه توکل به خدا و مسئله‌گشایی معنوی تفاوتی ایجاد نشده است، با تغییر در سه مؤلفه دیگر می‌توان بر تأثیر روند آموزشی در معنویت‌درمانی تأکید کرد.

همچنین، به منظور آگاهی از میزان خودراهبری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مؤلفه‌های انگیزه، اولویت‌بندی، آینده‌نگری، خودترغیبی و هدف‌یابی نتایج زیر به دست آمد.

میانگین تغییرات مؤلفه انگیزه در گروه اول روند افزایشی و در گروه دوم روند کاهشی داشت، به نحوی که میانگین و انحراف معیار در گروه اول از ۱/۲۲  $\pm$  ۲/۲۰ به ۱/۱۷  $\pm$  ۳/۴۰ تغییر یافت؛ اما در گروه دوم، با وجود نبود مداخلات درمانی، ۰/۵۰ از میانگین انگیزه گروه کاهش یافت.

آهنگ تغییرات اولویت‌بندی در گروه اول، افزایشی و در گروه دوم به صورت بسیار جزئی کاهشی است. در

جدول ۶. آنوا

Sig	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منابع تفسیر
۰/۰۵	۲/۴۴	۱۰	۲۴/۸۹	رگرسیون
	۰/۷۵	۹	۴۱/۰۴	باقی مانده
		۱۹	۶۵/۴۳	کل

جدول ۷. ضرایب (سهم ۱۰ عامل در پیش‌بینی خودراهبری)

عامل ثابت	انحراف معیار	$\beta$	T	Sig
معناجویی	۱/۸۱	-	۲/۸۰	۰/۰۰۱
امید	۰/۱۵	۰/۲۴	۲/۱۲	۰/۰۵
خودمراقبتی	۰/۱۵	۰/۲۱	۳/۱۶	۰/۰۵
توکل	۰/۲۵	۰/۱۸	۳/۱۹	۰/۰۵
مسئله‌گشایی	۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۲۷
انگیزه	۰/۱۳	۰/۱۰	۰/۰۷	۰/۹۸
اولویت‌بندی	۰/۱۵	۰/۳۷	۲/۳۶	۰/۰۵
خودترغیبی	۰/۱۴	۰/۳۴	۲/۳۳	۰/۰۵
آینده‌نگری	۰/۱۴	۰/۳۸	۲/۷۱	۰/۰۱
هدف‌یابی	۰/۱۶	۰/۱۷	۱/۳۰	۰/۱۹
	۰/۱۳	۰/۱۰	۰/۸۱	۰/۴۲

جدول ۸. نتایج مقایسه میانگین گروه آموزش (معنویت‌درمانی) و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در خودراهبری یادگیری

متغیر	تفاوت میانگین گروه آموزش با گواه	خطای استاندارد	P
معناجویی	۰/۳۳۳	۱/۰۸۲	۰/۷۶۰
امید	۱۰/۱۳۳*	۱/۹۸۷	<۰/۰۰۱
خودمراقبتی	۱۱/۴۶۷*	۱/۲۴۲	<۰/۰۰۱
توکل	۰/۵۳۳	۰/۷۰۱	۰/۴۵۳
مسئله‌گشایی	۲/۸۶۷*	۰/۵۷۶	<۰/۰۰۱
انگیزه	۳/۲۰۰*	۰/۸۴۱	۰/۰۰۱
اولویت‌بندی	۰/۱۳۳	۰/۹۹۹	۰/۸۹۵
خودترغیبی	۱/۸۰۰*	۱/۱۰۷	۰/۰۰۲
آینده‌نگری	۴/۰۶۷*	۰/۶۳۷	<۰/۰۰۱
هدف‌یابی	۰/۲۰۰	۰/۵۸۸	۰/۷۳۶
معناجویی	۲/۹۳۳*	۰/۶۵۱	<۰/۰۰۱
امید	۳/۴۰۰*	۰/۵۳۶	<۰/۰۰۱
خودمراقبتی	-۰/۵۳۳	۰/۷۴۳	۰/۴۷۹

نقش معناداری در پیش‌بینی واریانس خودراهبری دارند.

آن عوامل به ترتیب اهمیت عبارت‌اند از:

۱. خودترغیبی
۲. انگیزه
۳. اولویت‌بندی

برای تعیین سهم مؤلفه‌های معنویت‌درمانی و خودراهبری در پیش‌بینی واریانس خودراهبری فراگیران از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. خلاصه نتایج حاصل به شرح مندرج در جدول (۵) است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، از بین ۱۰ عامل ۶ عامل سهم و

۴. معناجویی

۵. امید

۶. خودمراقبتی

این شش عامل در مجموع ۴۸ درصد واریانس خودراهبری را تبیین می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بسته آموزشی معنویت‌درمانی بر مؤلفه‌های خودراهبری نوجوانان دختر متوسطه اول بود. با توجه به تحلیل داده‌ها، نتایج حاصل نشان داد که در ۳ مؤلفه معنویت‌درمانی: معناجویی، خودمراقبتی و امید،  $t$  محاسبه‌شده در سطح  $P < 0/05$  بزرگ‌تر از  $t$  استاندارد است. این به آن معناست که بین میانگین‌های ۳ مؤلفه تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین معنویت‌درمانی در گروه در این ۳ مؤلفه تأیید می‌شود. براین اساس، می‌توان نتیجه گرفت که گرچه در دو مؤلفه توکل به خدا و مسئله‌گشایی معنوی تفاوتی ایجاد نشده است، اما با تغییر در سه مؤلفه دیگر می‌توان بر تأثیر روند آموزشی در معنویت‌درمانی تأکید کرد.

همچنین، پس از اجرای بسته معنویت‌درمانی گروهی میزان انگیزه، اولویت‌بندی و خودترغیبی به صورت معنی‌داری افزایش یافته است. بیشترین میزان تغییرات در مؤلفه اولویت‌بندی و کمترین تغییرات مربوط به خودترغیبی است. این در حالی است که در دو مؤلفه آینده‌نگری و هدف‌یابی، افزایش تغییرات از نظر آماری معنی‌دار نیست ( $P < 0/05$ ). اگرچه این پژوهش جزو محدود مداخلات انجام‌شده در حوزه نوجوانان دوره اول متوسطه است و بیشتر مطالعات این حوزه روی دانشجویان رشته‌های مختلف انجام شده است، اما به‌شکل کلی یافته‌های این فرضیه از منظر اثربخشی مداخلات معنویت‌درمانی گروهی بر بهبود مؤلفه‌های مرتبط با خودراهبری با یافته‌های [۳، ۱۷، ۳۵، ۳۶] همسو است.

برای نمونه، مرلو و همکاران [۱۷] در یک مطالعه

فراتحلیل به بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر یادگیری خودراهبر بر بهبود آموزش و یادگیری متخصصان حوزه سلامت پرداختند و در این پژوهش بیش از ۵۹ تحقیق روی بیش از ۸۰۰۰ یادگیرنده را بررسی کردند. آن‌ها نتیجه گرفتند که مداخلات یادگیری خودراهبر شواهد باعث بهبود درخور توجه میزان دانش در این متخصصان می‌شود و در مقایسه با روش‌های تدریس سنتی از اثربخشی بیشتری برخوردار است. اثربخشی آن بر بهبود مهارت‌ها و نگرش‌ها ضعیف‌تر بود، اما در این دو حوزه نیز می‌تواند اثربخشی نسبی داشته باشد.

همچنین پژوهش [۷] که تحقیقی اقدام‌پژوهی بود، نشان داد که پس از به‌کارگیری استراتژی تدریس مبتنی بر یادگیری خودراهبر، دانش آموزان نمرات خودارزیابی بالاتری را از نظر میزان آمادگی برای یادگیری کسب کردند. همچنین، گروهی که یادگیری خودراهبر را به کار گرفته بودند، در مقایسه با گروه سنتی دانش‌ارزیابی پروژه بالاتری کسب کرده بودند. همچنین، به‌طور کلی، نمرات دانش‌آموزان گروه یادگیری خودراهبر از منظر رضایت آن‌ها از استراتژی تدریس بالاتر بود.

نتایج فرضیه حاضر نیز در یک اقدام نو، بسته تدوین‌شده‌ای که چند مرحله استراتژیک را در بر می‌گرفت، برای بهبود مؤلفه‌های یادگیری خودراهبر به کار برد. در پایان نتیجه این شد که این مداخله بر بهبود تمامی مؤلفه‌ها اثربخش است (به‌جز ارتباطات بین‌فردی) و از این منظر شواهدی نو برای ادبیات این حوزه ارائه کرده است.

در تبیین این یافته‌ها همسو با ادبیات این حوزه می‌توان گفت که یادگیری خودراهبر با یک تجربه یادگیری شخصی و منحصر به فرد همراه است که شامل معنای شخصی، برنامه‌ریزی فرایند، هدف‌گذاری هدفمند و کاربردی و فرایندهای نظارتی است که جنبه‌های فراشناختی یادگیری را بازنمایی می‌کند [۴، ۳۴]. به‌عبارتی، این سبک یادگیری یک سبک فعال است که در آن یادگیرنده باید هدف داشته باشد و مهارت‌های

یادگیرندگان در سن مدرسه باید اجازه داشته باشند تا در یادگیری خودراهربر مشارکت کنند. علاوه بر این، باید به ابزارهای مناسب برای کمک به تکمیل برنامه یادگیری خودراهربر مجهز شوند. نتایج پژوهش حاضر، اهمیت این نوع از یادگیری را در دانش آموزان دختر سنین متوسطه اول به خوبی نشان داد.

### تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافع ندارند.

### سپاسگزاری

از استادان محترم و همراهم در روند کاری و خانواده ام که در مسیر علمی زندگی ام مرا یاری کردند، نهایت تشکر خود را ابراز می‌کنم.

### منابع

1. Moshman, D. Adolescent rationality and development: Cognition, morality, and identity. Psychology Press; 2011 Mar 1.
2. Keshavarzi A, Abolmaali Alhosseini K, Hashemian K. Comparison of the effectiveness of spiritual skills and cognitive-social skills training on school orientation in elementary school students. Educational Psychology. 2021 Jun 22; 17(60): 137-167.
3. Murphy L.E, Jack H.E, Concepcion T.L, Collins P.Y. Integrating urban adolescent mental health into urban sustainability collective action: an application of Shiffman & Smith's framework for global health prioritization. Frontiers in Psychiatry. 2020 Feb 20; 11: 44.
4. Ara A, Marco-Pallarés J. Fronto-temporal theta phase-synchronization underlies music-evoked pleasantness. NeuroImage. 2020 May 15; 212: 116665.
5. Anjum A, Hossain S, Hasan MT, Uddin ME, Sikder MT. Anxiety among urban, semi-urban and rural school adolescents in Dhaka,

برنامه‌ریزی، سازماندهی و خودکنترلی را نشان دهد. همچنین، یادگیرنده باید کشف کند که چه عواملی در یادگیری او به‌عنوان مشوق عمل می‌کنند و چه عواملی در این خودارزیابی و یادگیری به‌عنوان مؤلفه‌های بازدارنده ایفای نقش می‌کنند. برای انجام دادن این کار، یادگیرنده باید از مهارت‌های مدیریت و کنترل فردی که با بازخورد مناسب همراه است، استفاده کند [۳۵]. واضح است که وقتی یادگیرنده به چنین توانمندی‌هایی دست یابد، می‌تواند در یادگیری به‌ویژه از نوع خودراهربر پیشرفت درخور توجهی داشته باشد. به عبارتی، اثربخشی بسته تدوین‌شده در پژوهش حاضر بر بهبود فرایندهایی مانند خودنظارتی، انگیزه یادگیری و برنامه‌ریزی و اجرا قابل تبیین است؛ چراکه کاملاً برای رفتار مد نظر اختصاصی و انتخابی است و دقیقاً به همان مؤلفه‌هایی می‌پردازد که برای یادگیری مستقلانه و خودراهربر ضروری است.

در تبیین چرایی اثربخشی این مداخله بر بهبود یادگیری خودراهربر، براساس محتوای مراحل پروتکل تدوین‌شده می‌توان چنین استدلال کرد که این مداخله بیشتر درصدد ارتقای خودنظارتی و توانایی برنامه‌ریزی برای یادگیری مستقلانه است و کمتر به بهبود جنبه‌های بین‌فردی تحصیلی دانش‌آموزان پرداخته است. بر همین اساس، می‌توان به پژوهشگران آتی پیشنهاد کرد که در تحقیقاتشان به بهبود جنبه‌های بین‌فردی پروتکل دقت داشته باشند.

در تلخیص این بخش مشابه با درویشی و همکاران [۳۵] می‌توان گفت که یادگیری خودراهربر می‌تواند به‌عنوان بخشی از برنامه آموزشی رسمی در نظر گرفته شود که در آن معلم، مربی و استاد می‌تواند از نقش «حکیم روی صحنه»<sup>۱</sup> به «یک راهنما در کنار صحنه»<sup>۲</sup> تغییر رویکرد دهد. چنین تغییر جهتی می‌تواند در بهبود فرایند کلی یادگیری بسیار مؤثر عمل کند. همچنین، همسو با ساری و همکاران [۳۶] می‌توان گفت که

1. sage on the stage  
2. guide on the side

14. Barlow D.H, DiNARDO P.A, Vermilyea B.B, Vermilyea J, Blanchard E.B. Comorbidity and depression among the anxiety disorders: Issues in diagnosis and classification. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1986; 174(2): 63–72.
15. Abdi R, Chalabianloo G, Jabari G. Effect of mindfulness practices on executive functions of elementary school students.
16. Massey M. The development and testing of a module on child functioning for identifying children with disabilities on surveys. II: Question development and pretesting. *Disability and Health Journal*. 2018; 11(4): 502–509.
17. Melero S, Orgilés M, Espada J.P, Morales A. How does depression facilitate psychological difficulties in children? The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021; 28(2): 384–393.
18. Dweck, C.S. Can personality be changed? The role of beliefs in personality and change. *Current Directions in Psychological Science*. 2008; 17(6): 391–394.
19. Hutto, D. Folk psychology as narrative practice. *Journal of Consciousness Studies*. 2009; 16(6–7): 9–39.
20. Chronis A.M, Gamble S.A, Roberts J.E, Pelham Jr W.E. Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*. 2006; 37(2): 143–158.
21. Cunningham, P.F. Introduction to transpersonal psychology: Bridging spirit and science. Routledge; 2021.
22. Ghabari Bonab, B. Counseling and psychotherapy with a spiritual approach. Tehran: Aaron; 2008.
23. Hartz G.W. Spirituality and mental health: Clinical applications. Routledge; 2005.
24. Bovalheri J, Naziri, Zamanian. Effectiveness of spiritual group therapy approach on Bangladesh: Investigating prevalence and associated factors. *PLoS One*. 2022 Jan 21; 17(1): e0262716.
6. Bandura, A. Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*. 2006; 1(2): 164–180.
7. Cappa C, Mont D, Loeb M, Misunas C, Madans J, Comic T, de Castro F. The development and testing of a module on child functioning for identifying children with disabilities on surveys. III: Field testing. *Disability and Health Journal*. 2018; 11(4): 510–518.
8. de Castro F, Cappa C, Madans J. Anxiety and depression signs among adolescents in 26 low- and middle-income countries: prevalence and association with functional difficulties. *Journal of Adolescent Health*. 2023; 72(1): 79–87.
9. Alvy L.M, McKirnan D.J, Mansergh G, Koblin B, Colfax G.N, Flores S.A, Hudson S, Project MIX Study Group. Depression is associated with sexual risk among men who have sex with men, but is mediated by cognitive escape and self-efficacy. *AIDS and Behavior*. 2011; 15: 1171–1179.
10. Klug J, Ogrin S, Keller S, Ihringer A, Schmitz B. A plea for self-regulated learning as a process: Modelling, measuring and intervening.
11. Wirth J, Thillmann H, Künsting J, Fischer H.E, Leutner D. Das Schülerexperiment im naturwissenschaftlichen Unterricht. Bedingungen der Lernförderlichkeit einer verbreiteten Lehrmethode aus instruktionspsychologischer Sicht. *Zeitschrift für Pädagogik*. 2008; 54(3): 361–375.
12. Eisenberg N, Champion C, Ma Y. Emotion-related regulation: An emerging construct. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*. 2004; 50: 236–259.
13. Macklem, GL. Practitioner's guide to emotion regulation in school-aged children. Springer Science & Business Media; 2007.

- spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016; 31(2): 120–127.
32. Workman R.K, Hart S.R. Major and trace element composition of the depleted MORB mantle (DMM). *Earth and Planetary Science Letters*. 2005; 231(1–2): 53–72.
33. Chen Z, Jiang Y, Chen M, Baiyila N, Nan J. Resilience as a mediator of the association between spirituality and self-management among older people with chronic obstructive pulmonary disease. In: *Healthcare*. 2021; 9(12): 1631. MDPI.
34. Duke N, Wigley W. Literature review: the self-management of diet, exercise and medicine adherence of people with type 2 diabetes is influenced by their spiritual beliefs. *Journal of Diabetes Nursing*. 2016; 20(5): 184–190.
35. Zarei B, Vagharseyyedin S.A, Gorganie E. Relationship between spiritual well-being and self-management among Iranian people with multiple sclerosis.
36. Duke, N. Type 2 diabetes self-management: spirituality, coping and responsibility. *Journal of Research in Nursing*. 2021; 26(8): 743–760.
37. Darvishi A, Otaghi M, Mami S. The effectiveness of spiritual therapy on spiritual well-being, self-esteem and self-efficacy in patients on hemodialysis. *Journal of Religion and Health*. 2020; 59(1): 277–288.
38. Sari R.Y, Hatmanti N.M, Faizah I, Rohmawati R, Muhith A, Afiyah R.K. Spiritual diabetes self-management health coaching on self-efficacy, self-care, and blood glucose levels in type 2 diabetes mellitus patients. *Bali Medical Journal*. 2023; 12(3): 2768–2773
- reducing the level of depression, anxiety and stress (DASS-21) in women with breast cancer. *Women's Sociology Quarterly*. 2011; 3(1): 87–117.
25. Mirarajmandi S.Z, Hashemian K, Niknam. Effectiveness of spirituality training in a group way in reducing depression and increasing marital satisfaction of married women in the 5th district of Tehran. *Educational Psychology Quarterly*. 2015; 11(35): 137–158.
26. Vishkin A, Tamir M. Fear not: Religion and emotion regulation in coping with existential concerns. In: *The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism*. Academic Press; 2020: 325–338.
27. Poorakbaran E, Mohammadi GhareGhozlou R, Mosavi SM. Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2018; 61(4): 1122–1136.
28. Askari M, Mohammadi H, Radmehr H, Jahangir A.H. The effect of spiritual–religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. *Journal of Research on Religion & Health*. 2018; 4(2): 29–41.
29. Sadri Demirchi I, Mohammadi N, Ramezani Sh, Amanzad Z. Investigating the effectiveness of group spiritual therapy on the happiness and psychological toughness of elderly women.
30. Lee Y.H, Salman A. The mediating effect of spiritual well-being on depressive symptoms and health-related quality of life among elders. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018; 32(3): 418–424.
31. Wu L.F, Koo M. Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and