




## Relationship between Positive Adolescent Development and Spiritual Intelligence with Emotional Disturbance in Adolescents

Ezzatollah Ahmadi<sup>1</sup> , Malihe Pourali Vakili Miandoab\*<sup>2</sup> , Fatemeh Sharghi<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Department of psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Department of curriculum development, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

### ARTICLE INFO

**Article Type:**  
Original Article

**Article History:**  
Received: 22 Jun 2023  
Accepted: 10 Sep 2023  
ePublished: 23 Sep 2023

### Keywords:

- Positive adolescent development,
- Spiritual intelligence,
- Emotional disturbance,
- Adolescent

### Abstract

**Background.** Depression, stress and anxiety could be defined as the most common type of psychological problems among human societies in recent decades. In fact, 6% of all people are affected by depression and anxiety throughout their life. The increase in psychiatric disorders and behavioral problems before and after puberty indicates an increase in the vulnerability of a person during adolescence. The present study was conducted with the aim of investigating the relationship between positive development of adolescence and spiritual intelligence with emotional disturbance of adolescents.

**Methods.** This research was carried out in the framework of structural equation modeling correlation research. In this research, the statistical population consisted of all students aged 15 to 18 in Chaharborj city. Sampling in this study was done using cluster method and 248 people were studied. The instrument used to collect the data were as follows: Kings Spiritual Intelligence Scale (SISRI-24), Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and Positive Youth Development Scale.

**Results.** RMR, RMSEA, CFI, AGFI, GFI,  $X^2$ ,  $X^2/df$  indices were calculated in order to check the fit of the proposed model with the collected data. The findings of the present study indicated that the proposed model had a good fit with the data.

**Conclusion.** In this study, emotional distress had a negative significant relationship with the positive youth development. This study also revealed a significant negative relationship between spiritual intelligence and emotional distress. Based on this, the variables of positive adolescent development and spiritual intelligence can be used to explain emotional disturbance.

How to cite this article: Ahmadi E, Pourali Vakili Miandoab M, Sharghi F. Relationship between Positive Adolescent Development and Spiritual Intelligence with Emotional Disturbance in Adolescents. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2023;1(1):1-13. doi: 10.34172/srhs.2023.001. (Persian)

\* Corresponding author; Email mail to: maliheporali@gmail.com

## Extended Abstract

### Background

Study of spiritual intelligence among others has been the focus of researchers' attention in recent two decades. The main purpose of the present study was to investigate the relationship between the youth positive development and spiritual intelligence with emotional distress.

### Methods

The design of the present study, according to how the data is collected, was of relational type, and based on the aim, it was among basic research. Based on the theoretical foundation, this research was considered as a quantitative research. The statistical population was all students 15 to 18 in chaharborj city selected through randomized cluster sampling. The statistical analysis of the data obtained in this research was done using structural equation modeling. The instrument used to collect the data were as follows: Kings Spiritual Intelligence Scale (SISRI-24), Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21), Positive Youth Development Scale.

### Results

The result of this research showed that the goodness of fit index (GFI), adjusted goodness of fit index (AGFI), Comparative fit index (CFI), was greater than 0/90 and root mean square residual (RMR). This research showed that among the 5 subscale of positive youth development, the communication scale showed the most negative relationship and meditation showed the least negative relationship with emotional disturbance. Besides, among the 3 subscales of emotional distress, depression showed the highest negative correlation and anxiety had the lowest negative correlation with the positive youth development. Among the 4 subscales of spiritual intelligence, personal meaning making had the most positive relationship and transcendental awareness had the least positive relationship with positive youth development. And among

the 4 subscales of spiritual intelligence, critical existential thinking had the least negative relationship and personal meaning making had the most negative relationship with emotional distress.


### Conclusion

In this research, emotional distress had a significant and negative path with positive youth development. Having a sense of autonomy, competence and especially strengthening communication acted as a protective shield and created appropriate coping processes in the individual. According to the findings of this research, the more components of positive youth development such as competence, confidence and communication were, the more anxiety and depression were reduced. This finding can be explained that in individual treatments to improve the emotional distress of teenagers, their self-confidence and communication and social participation were emphasized. Besides, according to this research and the studies mentioned in this research, there was a significant negative relationship between emotional distress and spiritual intelligence, so it can be concluded that by teaching the components of spiritual intelligence in clinical and educational environments, the improvement of emotional distress in adolescents was achieved.

### Practical Implications

The study carried a number of practical implications for researchers in the field, psychiatrists dealing with people suffering from depression, anxiety as well as emotional distress. It could also help educators, trainers to highlight the role of spiritual intelligence well as organizations dealing with the youth. Also, society should provide the necessary opportunities for teenagers to participate in challenging and developmental activities through educational experts and trainers.

## رابطه تحول مثبت نوجوانی و هوش معنوی با آشفستگی هیجانی نوجوانان

عزت‌الله احمدی<sup>۱</sup>، ملیحه پورعلی و کیلی میان‌دوآب<sup>۲\*</sup>، فاطمه شرقی<sup>۲</sup> 

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> گروه برنامه‌ریزی درسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

### اطلاعات مقاله

#### نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

#### سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۴/۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۱۹

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۷/۱

#### کلیدواژه‌ها:

- تحول مثبت نوجوانی،
- هوش معنوی،
- آشفستگی هیجانی،
- نوجوان

### چکیده

**زمینه.** افسردگی، اضطراب و استرس را می‌توان از جمله رایج‌ترین مشکلات روانشناختی افراد جوامع بشری امروز دانست. به طوری که تقریباً شش درصد از افراد در طول عمر خود، به افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. افزایش اختلالات روان‌پزشکی و مشکلات رفتاری قبل از دوران بلوغ و بعد از آن نشان‌گر افزایش آسیب‌پذیری فرد در دوره نوجوانی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط تحول مثبت نوجوانی و هوش معنوی با آشفستگی هیجانی نوجوانان انجام شده است.

**روش کار.** این پژوهش در چارچوب تحقیقات همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام پذیرفت. در این تحقیق جامعه آماری عبارت از کلیه دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرستان چهاربرج بود. نمونه‌گیری در مطالعه حاضر با استفاده از روش خوشه‌ای انجام گرفته و ۲۴۸ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر عبارت بودند از: مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DAS)، مقیاس هوش معنوی (SISRI King) و مقیاس تحول مثبت نوجوانی.

**یافته‌ها.** شاخص‌های  $RMR$ ،  $RMSEA$ ،  $CFI$ ،  $AGFI$ ،  $GFI$ ،  $X^2$ ،  $X^2/df$  به منظور بررسی برازش مدل پیشنهادی با داده‌های گردآوری شده محاسبه گردیدند. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر حکایت از آن داشت که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی با داده‌ها برخوردار است.

**نتیجه‌گیری.** در این پژوهش آشفستگی هیجانی با تحول مثبت نوجوانی رابطه منفی و معنادار داشت و همچنین بین هوش معنوی و آشفستگی هیجانی رابطه منفی معنادار آشکار شد. بر این اساس می‌توان از متغیرهای تحول مثبت نوجوانی و هوش معنوی به منظور تبیین آشفستگی هیجانی استفاده کرد.

### مقدمه

پرباری وجود دارد، لیکن پیچیدگی مسایل نوجوانان در تعامل با دگرگونی‌های سریع اجتماعی و فرهنگی همچنان بر لزوم پژوهش در این حوزه می‌افزاید. تغییراتی که در دوره نوجوانی از نظر زیستی، اجتماعی و شناختی به وقوع می‌پیوندد، حکایت از دوره‌ای با آسیب‌پذیری بالا دارد.<sup>۱</sup> یکی از این آسیب‌ها و چالش‌ها در این دوران، آشفستگی هیجانی می‌باشد. منظور از آشفستگی هیجانی، افسردگی، Depression، اضطراب Anxiety و استرس Stress می‌باشد که ممکن است به عنوان یک پاسخ ناموفق به چالش‌های زندگی دیده شده و باعث آسیب به فرد شوند.<sup>۲</sup> چگونگی کنار آمدن با نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس به عوامل متعدد و پیچیده‌ای وابسته است. از این میان، می‌توان هوش معنوی را از جمله عواملی دانست که در دو دهه اخیر توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرده است.

اگرچه امروزه علم و فن آوری به واسطه افزایش امکانات بهداشتی و رفاهی، چهره زندگی انسان را دگرگون کرده است، اما این امر نه تنها به آرامش روانی او منجر نشده، بلکه بیش از پیش، وی را با عواطف و هیجان‌های ناخوشایند درگیر ساخته است. افزایش اختلالات روان‌پزشکی و مشکلات رفتاری قبل از دوران بلوغ و بعد از آن نشان‌گر افزایش آسیب‌پذیری فرد در دوره نوجوانی می‌باشد.<sup>۱</sup> یکی از اختلالات رایج دوره نوجوانی آشفستگی هیجانی می‌باشد. افسردگی، اضطراب و استرس را می‌توان از جمله رایج‌ترین مشکلات روانشناختی افراد جوامع بشری امروز دانست. به طوری که تقریباً شش درصد از افراد در طول عمر خود، به افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند، که عاملی مهم در بروز برخی مشکلات اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی نیز محسوب می‌شوند.<sup>۲</sup> در حیطه روانشناسی نوجوان، ادبیات پژوهشی

\* نویسنده مسؤول: ایمیل: maliheporali@gmail.com

حق تالیف برای مولفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

تحقیقات نشانگر ارتباطی معنادار بین سطوح بالای مذهبی بودن و سطوح پایین افسردگی هستند به ویژه در افرادی که نسبت به افسردگی آسیب پذیرتر به شمار می‌روند.<sup>۸</sup>

Sorajjakool و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنویت نقش عمده‌ای در افسردگی دارد، این پژوهشگران همچنین دریافتند که سطح افسردگی افراد معنوی پایین‌تر است.<sup>۹</sup> در چندین مطالعه، که بر روی جمعیت‌های مختلف از جمله دختران نوجوان و بیماران غیر قابل علاج مبتلا به سرطان و ایدز صورت گرفت، ارتباط سطوح بالای معنویت و سطوح پایین نشانگان افسردگی در بین بیماران افسرده به این نتیجه دست یافتند که توجه به باورهای معنوی بیماران افسرده را می‌توان عاملی تسهیل‌گر در فرایند درمان آنان تلقی نمود.<sup>۱۰</sup>

مفهوم دیگری که در حوزه سلامت روانی در دوره نوجوانی می‌توان به آن اشاره کرد تحول مثبت نوجوانی است. تحول مثبت نوجوانی سازه‌ای در بستر روانشناسی مثبت‌گراست که به رشد توانمندی‌های نوجوان تاکید دارد. برنامه تحول مثبت نوجوانی شیوه جدیدی برای درک نوجوانان است. در این دیدگاه تاکید بر هماهنگ کردن نقاط قوت نوجوانان با محیط فیزیکی و اجتماعی و کمک به نوجوانان آسیب دیده است تا به شایستگی و تحول مثبت دست یابند. تحول مثبت نوجوانی با پنج مولفه شایستگی (در حوزه‌های تحصیلی، اجتماعی، شناختی و هیجانی)، اعتماد به نفس (حس ارزشمندی و دوست داشته شدن)، ارتباط (تعاملات مثبت، خوب و سازنده با دوستان و خانواده)، خلق و خو (کسب ملاک‌هایی برای انجام رفتارهای صحیح) و مراقبت (احساس همدلی و همدردی با دیگران) است.<sup>۱۱</sup>

تحول مثبت بیشتر بر نقاط قوت و فرایندهای انطباقی تاکید می‌کند. این رویکرد حمایت‌هایی که افراد برای موفقیت در دوره زندگی و مواجهه شدن با چالش‌ها نیاز دارند را فراهم می‌کند و بر اساس این حمایت‌ها، افراد می‌دانند که چگونه از مشکلات اجتناب کنند و یا بر مشکلات فایز شوند.<sup>۱۲</sup> Ivarsson و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی بافتار و محیط و تاثیر آن بر روان درستی و استرس دریافتند، ادراک محیط به منزله عامل حمایتی می‌تواند استرس کمتر و روان درستی را پیش‌بینی کند که با فرضیات تحول مثبت نوجوانی همخوانی دارند.<sup>۱۳</sup>

نتایج پژوهش Kayani<sup>۱۴</sup> نشان داد برنامه تحول مثبت نوجوانی بر خود تنظیمی ارادی، هویت‌یابی و شایستگی اجتماعی نوجوانان تاثیر گذار بوده است و با توجه به زیست

مسئله هوش به عنوان یک ویژگی اساسی که تفاوت فردی را در بین انسان‌ها موجب می‌شود از ابتدای تاریخ مکتوب انسان مورد توجه بوده است. اما از آغاز مطالعه هوش غالباً بر جنبه‌های شناختی آن نظیر حافظه، حل مسئله و تفکر تاکید شده، در حالیکه امروزه نه تنها جنبه‌های غیرشناختی هوش یعنی توانایی عاطفی، هیجانی، شخصی و اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرد بلکه توانایی فرد برای موفقیت و سازگاری در زندگی نیز مورد اهمیت یافته است.<sup>۱۵</sup> در این میان هوش معنوی نیز مورد توجه اندیشمندان قرار گرفته است، سیندی ویگلزورث، هوش معنوی را به عنوان توانایی برای رفتار کردن همراه با دلسوزی و مهربانی و عقل و خرد با حفظ آرامش درونی و بیرونی بدون توجه به شرایط می‌دانند و امونز (۲۰۰۰) هوش معنوی را کاربرد انطباقی اطلاعات معنوی در جهت حل مسئله در زندگی روزانه و فرایند دستیابی به هدف می‌داند.<sup>۱۶</sup> گستره معنویت در همه زوایای زندگی انسان و نیز لزوم ارزیابی مجدد نقش مذهب در بهداشت روانی مشهود است. پژوهش درباره معنویت امروزه در رشته‌های متنوعی از قبیل پزشکی، روانشناسی، انسان‌شناسی، عصب‌شناسی و علوم شناختی در حال پیشرفت است.

با توجه به اینکه «هوش معنوی» همان «معنویت» نیست که در هر زمینه فرهنگی متفاوت باشد، بنابراین احتمالاً باید امکان ساخت یک مقیاس جهان شمول برای آن وجود داشته باشد. در مدلی که King برای تبیین ابعاد هوش معنوی تدوین کرده است، به چهار عامل تفکر وجودی انتقادی Critical- Existential thinking، معناسازی شخصی Personal Meaning Production، آگاهی متعالی Transcendental Awareness و توسعه سطوح هوشیاری Conscious State Expansion اشاره شده است. نخستین مولفه هوش معنوی مربوط به ژرف‌اندیشی انتقادی در خصوص معنا، هدف و سایر مسایل وجودی یا متافیزیکی (مانند واقعیت، عالم، فضا، زمان و مرگ) می‌باشد. دومین مؤلفه به توانایی ادراک ابعاد متعالی خود (مانند خویشتن متعالی)، دیگران و جهان مادی (مانند غیرمادی‌گرایی و به هم پیوستگی)، در حالت بهنجار و فعال هشیاری مربوط می‌شود. در نهایت آخرین مولفه هوش معنوی هشیاری (مانند هشیاری ناب، هشیاری کیهانی، یگانگی) به میل و اختیار خود می‌باشد.<sup>۱۷</sup>

مطالعات بسیاری حاکی از وجود ارتباط در بین مفاهیم معنویت، مذهب و سلامت روان می‌باشند. برای نمونه،

حالت هشیاری را می‌سنجد. کینگ، به ترتیب برای خرده مقیاس‌های مذکور ضرایب آلفای ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۸۷ و ۰/۹۱ را به دست آورده است. ضرایب آلفای کرونباخ، خرده مقیاس-های هوش معنوی در این پژوهش، به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۷۴ به دست آمده و نتیجه تحلیل عاملی تاییدی، حکایت از روایی مطلوب آن در جامعه ایرانی دارد.<sup>۷</sup>

مقیاس تحول مثبت نوجوانی (Positive Youth Development Scale): این مقیاس، تحول مثبت نوجوانی را از طریق پنج شاخص شایستگی، اعتماد، ارتباط، خلق و خو و مراقبت اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه که توسط Geldhof و همکاران<sup>۱۷</sup> ساخته شده، از دسترسی و قابلیت اعتماد قابل قبولی برخوردار است. نمونه ۱۷ سوالی، ساختار عاملی نسخه ۸۰ سوالی را تکرار می‌کند. فرم ۱۷ سوالی درستی همگرای معناداری با مشارکت در جامعه (۰/۲۱ تا ۰/۵۶) و درستی واگرا با افسردگی (۰/۴۰ تا ۰/۶۸) و رفتارهای پرخطر (۰/۴۶ تا ۰/۶۶) نشان داده است. قابلیت اعتماد این ابزار توسط Milot<sup>۱۸</sup> با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۴ گزارش گردیده است. هر یک از شاخص‌های شایستگی، اعتماد و مراقبت به وسیله سه گویه و خلق و خو به وسیله چهار گویه اندازه‌گیری می‌شود.

### یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سنی دختران و پسران به ترتیب، ۱۶/۴۹ و ۱۶/۴۶ و انحراف استاندارد سنی آنها به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۹ بود. میانگین و انحراف استاندارد سنی در کل نمونه نیز به ترتیب ۱۶/۴۷ و ۰/۸۴ به دست آمد. شاخص‌های توصیفی نمرات نوجوانان در متغیرهای مطالعه شده، به تفکیک جنسیت آنها، بر اساس میانگین و انحراف استاندارد، در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

نتایج حاصل از تحلیل همبستگی متغیرهای مطالعه شده در پژوهش حاضر در جدول شماره ۲ آورده شده است. در جدول ۲ نتایج حاصل از محاسبه ضرایب همبستگی پیرسون بین تحول مثبت، هوش معنوی و آشفستگی هیجانی نوجوانان به طور کلی ارائه شده است. نتایج جزئی حاکی از آن است که افسردگی با آشفستگی هیجانی ( $r=0/89$  و  $p<0/01$ ) بیشترین میزان ارتباط مثبت و با ارتباط ( $r=-0/67$  و  $p<0/01$ ) بیشترین ارتباط منفی را دارا می‌باشد. اضطراب بیشترین میزان ارتباط مثبت ( $r=0/86$  و  $p<0/01$ ) را با آشفستگی هیجانی و بیشترین میزان ارتباط منفی ( $r=-0/30$  و  $p<0/01$ ) را با تحول مثبت بنیادین نشان داده است.

بوم ایران می‌تواند در ارتقا ویژگی‌های مثبت نوجوانان موثر باشد. بر مبنای آنچه گذشت، هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه تحول مثبت نوجوانی و هوش معنوی با آشفستگی هیجانی در نوجوانان است.

### روش کار

این پژوهش با توجه به چگونگی گردآوری داده‌ها، از نوع تحقیقات همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بوده و بر مبنای هدف، در زمره پژوهش‌های بنیادی قرار داشته و بر اساس زیربنای نظری، از جمله تحقیقات کمی به شمار می‌رود. در این تحقیق جامعه آماری عبارت از کلیه دانش آموزان ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرستان چهاربرج بود. نمونه‌گیری در مطالعه حاضر با استفاده از روش خوشه‌ای انجام گرفته و حجم نمونه با استفاده از فرمول Tabachnick و Fidell<sup>۱۵</sup> که عبارت است از:  $N > M8 + 50$ ، به دست آمد. بر اساس فرمول مذکور باید حداقل ۱۴۶ نفر به عنوان نمونه انتخاب می‌شدند که به منظور اطمینان بیشتر ۲۴۸ نفر در نظر گرفته شد. تحلیل آماری داده‌های به دست آمده در این پژوهش با استفاده از نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و لیزرل نسخه ۸/۷۵ انجام شده است.

### ابزارهای پژوهش

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Depression, Anxiety, Stress: DAS): این مقیاس، مجموعه‌ای از سه مقیاس خودگزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس بوده و از ۲۱ ماده تشکیل شده است. Antony و همکاران، با تحلیل عاملی مقیاس مذکور، مجدداً وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را مورد تایید قرار دادند. نتایج مطالعه اخیر نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار گرفته و ضرایب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ می‌باشد. سامانی و جوکار<sup>۱۶</sup> با بررسی مختصات روان‌سنجی این مقیاس در ایران، ضرایب آلفای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب، برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کردند.

مقیاس هوش معنوی کینگ (The Spiritual Intelligence Self-Report Inventory: SISRI): این مقیاس ۲۴ ماده‌ای، توسط King (۲۰۰۸) تدوین گردیده و چهار خرده مقیاس تفکر وجودی انتقادی، معناسازی شخصی، آگاهی متعالی و توسعه

جدول ۱: اطلاعات توصیفی متغیرها در پژوهش

| متغیر              | دختر (N=۱۲۵) |      | پسر (N=۱۲۳) |      | کل (N=۲۴۸) |      |
|--------------------|--------------|------|-------------|------|------------|------|
|                    | S            | M    | S           | M    | S          | M    |
| افسردگی            | ۰/۷۶۲        | ۰/۹۵ | ۰/۷۱۹       | ۰/۹۱ | ۰/۷۴۰      | ۰/۹۳ |
| اضطراب             | ۰/۶۷۸        | ۰/۸۳ | ۰/۵۶۶       | ۰/۸۲ | ۰/۶۲۴      | ۰/۸۳ |
| استرس              | ۰/۷۹۳        | ۱/۲۰ | ۰/۶۷۱       | ۱/۱۲ | ۰/۷۳۵      | ۱/۱۶ |
| آشفته‌گی هیجانی    | ۰/۶۶۷        | ۱/۰۰ | ۰/۵۷۷       | ۰/۹۵ | ۰/۶۲۳      | ۰/۹۷ |
| ارتباط             | ۰/۸۳۳        | ۲/۷۱ | ۰/۸۶۰       | ۲/۶۵ | ۰/۸۴۵      | ۲/۶۸ |
| اعتماد             | ۰/۷۸۶        | ۲/۸۴ | ۰/۷۶۹       | ۲/۸۵ | ۰/۷۷۶      | ۲/۸۵ |
| خلق                | ۰/۶۱۴        | ۲/۸۱ | ۰/۶۱۵       | ۲/۸۰ | ۰/۶۱۳      | ۲/۸۱ |
| مراقبه             | ۰/۷۹۲        | ۳/۱۶ | ۰/۷۷۰       | ۳/۱۱ | ۰/۷۸۰      | ۳/۱۳ |
| شایسته             | ۰/۷۷۶        | ۲/۸۱ | ۰/۶۳۸       | ۲/۹۶ | ۰/۷۱۳      | ۲/۸۹ |
| تحول مثبت نوجوانی  | ۰/۴۸۶        | ۲/۸۷ | ۰/۵۲۴       | ۲/۸۷ | ۰/۵۰۴      | ۲/۸۷ |
| تفکر انتقادی وجودی | ۰/۷۰۵        | ۲/۴۴ | ۰/۶۸۹       | ۲/۴۳ | ۰/۶۹۵      | ۲/۴۴ |
| معناسازی شخصی      | ۰/۷۷۹        | ۲/۶۸ | ۰/۷۴۰       | ۲/۶۵ | ۰/۷۵۸      | ۲/۶۶ |
| هشیاری متعالی      | ۰/۵۱۴        | ۲/۱۹ | ۰/۵۸۶       | ۲/۲۰ | ۰/۵۵۰      | ۲/۲۰ |
| توسعه حالت هشیاری  | ۰/۷۹۶        | ۲/۳۹ | ۰/۶۷۵       | ۲/۴۰ | ۰/۷۳۷      | ۲/۳۹ |
| هوش معنوی          | ۰/۵۵۴        | ۲/۴۳ | ۰/۵۲۱       | ۲/۴۲ | ۰/۵۳۷      | ۲/۴۲ |

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک

| متغیرها            | آشفته‌گی هیجانی | تحول مثبت | هوش معنوی |
|--------------------|-----------------|-----------|-----------|
| افسردگی            | ۰/۸۹۲**         | -۰/۵۰۹*   | -۰/۲۷۳**  |
| اضطراب             | ۰/۸۵۹**         | -۰/۲۹۶**  | -۰/۲۳۰**  |
| استرس              | ۰/۹۱۶**         | -۰/۳۵۷**  | -۰/۱۸۶**  |
| آشفته‌گی هیجانی    | ۱**             | -۰/۸۴۴**  | -۰/۲۵۸**  |
| ارتباط             | -۰/۶۰۸**        | ۰/۷۰۸**   | ۰/۳۶۲**   |
| اعتماد             | -۰/۴۷۹**        | ۰/۷۵۶**   | ۰/۳۱۳**   |
| خلق                | -۰/۱۳۵*         | ۰/۶۶۸**   | ۰/۴۵۷**   |
| مراقبه             | -۰/۰۶۲**        | ۰/۵۹۶**   | ۰/۲۴۹**   |
| شایستگی            | -۰/۱۲۰**        | ۰/۶۲۷**   | ۰/۲۸۷**   |
| تحول مثبت          | -۰/۴۴۰**        | ۱**       | ۰/۴۹۰**   |
| تفکر انتقادی وجودی | -۰/۰۲۵**        | ۰/۳۱۴**   | ۰/۷۹۹**   |
| معناسازی شخصی      | -۰/۲۷۱**        | ۰/۵۰۳**   | ۰/۸۱۴**   |
| هشیاری متعالی      | -۰/۲۴۸**        | ۰/۳۰۴**   | ۰/۶۶۶**   |
| گسترش حالت هشیاری  | -۰/۲۶۵**        | ۰/۳۸۷**   | ۰/۸۲۷**   |
| هوش معنوی          | -۰/۲۵۸**        | ۰/۴۹۰**   | ۱**       |

\* $P < 0.05$  و \*\* $P < 0.01$

بیشترین ارتباط منفی ( $r = -0.17$  و  $p < 0.01$ ) را با افسردگی نمودار ساخته است. تفکر انتقادی وجودی بیشترین ارتباط مثبت ( $r = 0.18$  و  $p < 0.01$ ) را با هوش معنوی نمایش داده است. معناسازی شخصی بیشترین ارتباط مثبت ( $r = 0.18$ ) و

استرس بیشترین میزان ارتباط مثبت ( $r = 0.92$  و  $p < 0.01$ ) را با آشفته‌گی نمودار ساخته است. اعتماد بیشترین ارتباط منفی ( $r = -0.50$  و  $p < 0.01$ ) را با افسردگی و بیشترین ارتباط مثبت ( $r = 0.76$  و  $p < 0.01$ ) را با تحول مثبت ارائه داده است. خلق بیشترین میزان ارتباط مثبت ( $r = 0.67$  و  $p < 0.01$ ) و

دهد از بین ۵ خرده مقیاس تحول بنیادین، مقیاس ارتباط بیشترین ارتباط منفی ( $r = -0/61$  و  $p < 0/01$ ) و مراقبه کمترین ارتباط منفی ( $r = -0/06$  و  $p > 0/05$ ) را با آشفتگی هیجانی نشان دادند. همچنین از بین ۳ خرده مقیاس آشفتگی هیجانی افسردگی بیشترین ارتباط منفی ( $r = -0/51$  و  $p < 0/01$ ) و اضطراب کمترین میزان ارتباط منفی ( $r = -0/30$  و  $p < 0/01$ ) را با تحول مثبت بنیادین نمودار ساختند. از بین ۴ خرده مقیاس هوش معنوی، معناسازی شخصی بیشترین ارتباط مثبت ( $r = 0/50$  و  $p < 0/01$ ) و هشیاری متعالی کمترین ارتباط مثبت ( $r = 0/30$  و  $p < 0/01$ ) را با تحول بنیادین مثبت دارند. و از بین ۴ خرده مقیاس هوش معنوی، تفکر وجودی انتقادی کمترین ارتباط منفی ( $r = -0/02$  و  $p > 0/05$ ) و معناسازی شخصی بیشترین ارتباط منفی ( $r = -0/27$  و  $p < 0/01$ ) را با آشفتگی هیجانی دارا می‌باشند. شاخص‌های برازش مدل آزمون شده در پژوهش حاضر در جدول ۳ خلاصه شده است.

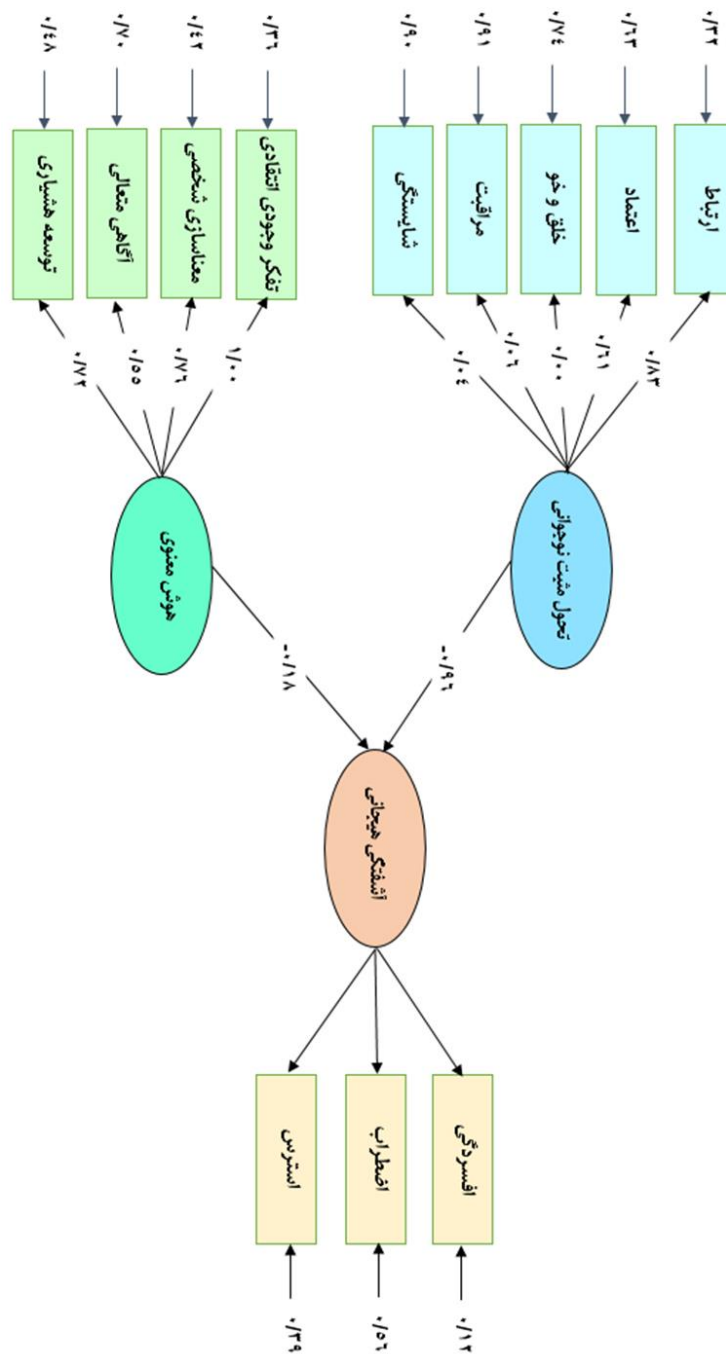
را با هوش معنوی و بیشترین ارتباط منفی ( $r = -0/32$  و  $p < 0/01$ ) را با افسردگی نشان داد. اضطراب بیشترین میزان ارتباط مثبت ( $r = 0/86$  و  $p < 0/01$ ) را با آشفتگی هیجانی و بیشترین میزان ارتباط منفی ( $r = -0/30$  و  $p < 0/01$ ) را با تحول مثبت بنیادین نشان داده است. استرس بیشترین میزان ارتباط مثبت ( $r = 0/92$  و  $p < 0/01$ ) را با آشفتگی نمودار ساخته است. اعتماد بیشترین ارتباط منفی ( $r = -0/50$  و  $p < 0/01$ ) را با افسردگی و بیشترین ارتباط مثبت ( $r = 0/76$  و  $p < 0/01$ ) را با تحول مثبت ارائه داده است. خلق بیشترین میزان ارتباط مثبت ( $r = 0/67$  و  $p < 0/01$ ) و بیشترین ارتباط منفی ( $r = -0/17$  و  $p < 0/01$ ) را با افسردگی نمودار ساخته است. تفکر انتقادی وجودی بیشترین ارتباط مثبت ( $r = 0/80$  و  $p < 0/01$ ) را با هوش معنوی نمایش داده است. معناسازی شخصی بیشترین ارتباط مثبت ( $r = 0/80$  و  $p < 0/01$ ) را با هوش معنوی و بیشترین ارتباط منفی ( $r = -0/32$  و  $p < 0/01$ ) را با افسردگی نشان داد. نتایج حاصل از محاسبه ضرایب همبستگی پیرسون بین مولفه‌های آشفتگی هیجانی و تحول مثبت بنیادین نشان می-

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل در کل نمونه

|  |                                       |                            |                                  |                         |   |                         |
|--|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|
| باقیمانده استاندارد شده برازش یافته (RMSR) | خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) | شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) | شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) | شاخص نیکویی برازش (GFI) | شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی ( $X^2/df$ ) | شاخص مجذور خی ( $X^2$ ) |
| ۰/۰۴۵                                      | ۰/۰۶۳                                 | ۰/۹۴                       | ۰/۹۰                             | ۰/۹۴                    | ۱۰۸   | ۳۱۰۱/۸۹                 |

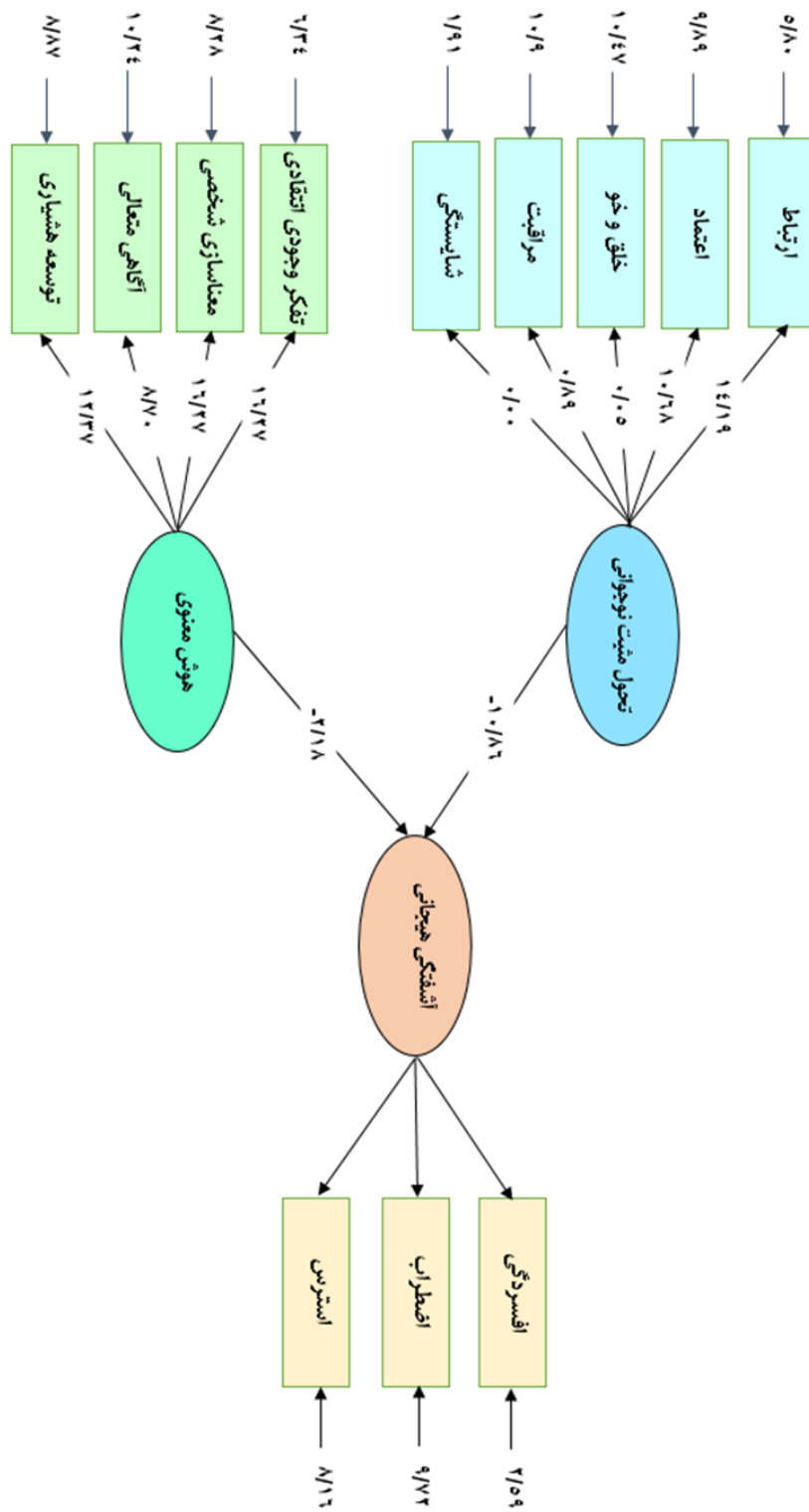
آزادی، برازش مدل چندان رضایت بخش تفسیر نمی‌شود. در کل می‌توان برازش مدل ارائه شده را مطلوب ارزیابی کرد. شکل شماره ۱ و ۲ نمودار مسیر در پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

شاخص CFI در این پژوهش بر برازش بسیار مطلوب و بسیار مناسب دلالت داشته و شاخص‌های RMSEA، GFI، AGFI و RMSR برازش مطلوب و مناسب مدل برآورد شده را تأیید می‌کنند. بر مبنای شاخص نسبت مجذور خی بر درجه



شکل ۱. بارهای استاندارد شده مدل مسیر





شکل ۲. مقادیر t مدل مسیر

آشفتگی هیجانی در این پژوهش دارای مسیر معنادار و منفی با تحول مثبت نوجوانی و هوش معنوی بود. برخورداری از حس خودمختاری، شایستگی و بخصوص تقویت ارتباط به عنوان عوامل تسهیل کننده در برخورد با چالش‌های تحولی می‌تواند به عنوان سیری محافظتی عمل نموده و فرایندهای مقابله‌ای مناسبی را در فرد ایجاد کند. احساس برخورداری از روابط رضایت‌بخش و حمایتگر، علاقه و تعلق به دیگران می‌تواند نیروی محرک مناسبی برای توسعه رفتارهای مثبت در نوجوانان باشد.<sup>۱۹</sup> تحول مثبت نوجوانی یک سازه در زمینه روانشناسی مثبت است که به رشد توانمندی‌های نوجوانان توجه داشته و راه جدیدی برای درک نوجوانان ارائه می‌دهد.<sup>۲۰</sup> در پژوهشی بدین نتیجه دست یافتند که بین مولفه‌های تحول مثبت نوجوانی و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.<sup>۲۱</sup> در پژوهشی که موسوی، دبیری و نصیبی پور انجام دادند، مشخص شد که شایستگی، اطمینان و ارتباط به ترتیب نقش معنی‌داری در پیش‌بینی افسردگی داشته و در مجموع ۳۹ درصد از واریانس افسردگی را تبیین می‌کنند. در این پژوهش نیز نشان داده شد که مولفه‌های تحول مثبت نوجوانی به صورت منفی و معنی‌داری قادر به پیش‌بینی آشفتگی هیجانی هستند.<sup>۲۲</sup> این نتیجه همچنین با نتایج Sun و Shek، کاتالانو و همکاران همخوانی دارد.<sup>۲۳</sup> در پژوهش موسوی و همکاران، خلق و خو و مراقبت نتوانستند افسردگی را پیش‌بینی کنند که این با نتایج پژوهش حاضر و نتایج پژوهش‌های هینز و سان و شک، کاتالانو و همکاران ناهمخوان است.<sup>۲۴</sup> یکی از فرضیات رویکرد تحول مثبت نوجوانی، آن است که مولفه‌های تحول مثبت نوجوانی و رفتارهای مخاطره‌آمیز به طور معکوس رابطه دارند و بهترین وسیله پیشگیری از مشکلات مربوط به تحول و رفتار نوجوان (به طور مثال افسردگی، پرخاشگری، مصرف مواد یا رفتارهای جنسی نادرست)، ارتقای تحول مثبت است. در نتیجه هر چه مولفه‌های تحول مثبت نوجوانی افزایش یابد، مولفه‌های رفتار پرخطر کاهش می‌یابد.<sup>۲۵</sup>

در این پژوهش پنج مولفه تحول مثبت نوجوانی رابطه منفی و قوی با افسردگی داشت. افسردگی اغلب از سنین نوجوانی شروع و باعث کاهش عملکرد افراد می‌شود. طبق برآوردهای انجام شده از هر ۱۰ نوجوان یک نفر یا به عبارتی ۸/۲ درصد از آنها مبتلا به افسردگی هستند.<sup>۲۵</sup> افسردگی در دوره نوجوانی مهمترین عامل خودکشی و به عنوان دومین تا سومین علت مرگ در این گروه سنی در نظر گرفته می‌شود.<sup>۲۶</sup>

<sup>۲۷</sup> افسردگی در دوره نوجوانی منجر به آسیب‌های آموزشی و اجتماعی گرایش به استعمال دخانیات، مصرف مواد مخدر و چاقی در دوره نوجوانی می‌شود.<sup>۲۹،۲۸</sup>

نتایج یافته‌های این پژوهش مبنی بر اینکه تحول مثبت نوجوانی رابطه منفی و معنی‌داری با اضطراب دارد با نتایج پژوهش سهیلی سالک، فرخی و پوشنه که نشان دادند بین گروه آزمایش آموزش تحول مثبت نوجوانی به نوجوانان و کنترل در نمرات حالت اضطراب، رگه اضطراب و کل اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد.<sup>۳۰</sup> همخوان است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Matos و همکاران که به این نتیجه دست یافتند که تحول مثبت نوجوانی بر خودتنظیمی، کاهش اضطراب و بهبود رفتارهای سبک زندگی سالم تاثیر گذار است<sup>۳۱</sup> نیز در یک راستا قرار دارد. با توجه به این یافته‌ها، مولفه‌های تحول مثبت نوجوانی مانند شایستگی، اطمینان و ارتباط هر چقدر در نوجوانی بیشتر دیده شود اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد. یافته مذکور را این گونه می‌توان تبیین کرد که در درمان‌های فردی به منظور بهبود افسردگی نوجوانان بر شایستگی و توانمندی‌های نوجوانان، اعتماد به نفس/ اطمینان و ارتباط و مشارکت اجتماعی داشتن آنها تاکید می‌شود.<sup>۳۲</sup> علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش Sun و Shek<sup>۳۳</sup> که دریافتند بین تحول مثبت دوره نوجوانی و رفتارهای مشکل‌دار دوره نوجوانی رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد همخوان است.

در این پژوهش رابطه منفی و معنی‌داری بین مولفه‌های هوش معنوی با آشفتگی هیجانی و همچنین ارتباط مثبت و معنی‌داری بین مولفه‌های هوش معنوی و تحول مثبت نوجوانی بوجود آمد که این یافته با نتایج پژوهشگران مختلفی از جمله Mitchell و همکاران، Walt و همکاران، McEwan، Wong و همکاران و Yang که نشان دادند افرادی که گرایش‌های معنوی دارند هنگام رویارویی با آسیب‌های بهتری به وضعیتی که درون آن هستند می‌دهند، موقعیت تولید کننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و از سلامتی بهتری برخوردارند، همخوان است.<sup>۳۴-۳۷</sup> همچنین مطالعه سعیدی، محرز و شیرازی روی جانبازان شهر کرمان نشان داد که هوش معنوی از طریق بهبود خوش‌بینی سبب کاهش اضطراب و درد جسمانی می‌شود.<sup>۳۸</sup> همچنین پژوهش DiPierro و همکاران حاکی از همبستگی منفی بین خصایص روانشناسی مثبت نظیر امیدواری با اضطراب با اثر تعدیل‌کنندگی معنویت معنادار است.<sup>۳۹</sup> در مطالعه Herren و همکاران نشان داده شده است که تجارب معنوی بالاتر با شدت افسردگی کمتری در افراد

این گونه می‌توان تبیین کرد که در درمان‌های فردی به منظور بهبود افسردگی نوجوانان بر شایستگی و توانمندی‌های نوجوانان، اعتماد به نفس/ اطمینان و ارتباط و مشارکت اجتماعی داشتن آنها تاکید می‌شود. همچنین استفاده از برنامه‌های تحول مثبت نوجوانی می‌تواند موجب ارتقای مؤلفه‌های مثبت در دوره نوجوانی شود و از مشکلات و بحرانی که دوره نوجوانی با خود به همراه دارد بکاهد. با توجه به پیشینه پژوهش و یافته‌های این پژوهش و جدید بودن برنامه تحول مثبت نوجوانی و تأثیر مثبت آن بر کاهش رفتارهای منفی دوره نوجوانی، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش برنامه‌های تحول مثبت در مدارس و درمان‌های فردی و گروهی نوجوانان دارای ویژگی‌های بالینی می‌تواند برای پیشگیری از اختلالات عاطفی - رفتاری مورد استفاده قرار بگیرد.

### ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی علمی همچون رازداری و رضایت آگاهانه رعایت شده است.

### سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از تمامی بزرگوارانی که پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را دارد.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی را گزارش ننمودند.

### References

- Zahn-Waxler C, Klimes-Dougan B, Slattery MJ. Internalizing problems of childhood and adolescence: prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Dev Psychopathol*. 2000 Summer;12(3):443-66. doi:10.1017/S0954579400003102.
- Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2006 Feb;51(2):100-13. doi: 10.1177/070674370605100206. PMID: 16989109.
- Reitz E, Deković M & Meijer A.M. The Structure and Stability of Externalizing and Internalizing Problem Behavior During Early Adolescence. *J Youth Adolescence*. 2005;(34):577-588. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-8947-z>.
- Kring AM, Davison GC, Neale JM, Johnson SL. *Abnormal psychology*. 10 ed: John Wiley & Sons Inc; 2007.
- Wing CS, Law KS. The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*.

همراه است<sup>۴۰</sup> و همچنین پژوهش Lesio<sup>۴۱</sup> عنوان می‌کند که مهارت‌های معنوی با تاثیرگذاری بر ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله‌ای، منابع حمایتی و غیره می‌تواند سبب کاهش اضطراب و احساس آسیب‌پذیری در فرد شوند و مطالعه پیرس نشان داد که معنویت در راستای کاهش بیماری‌های روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، آسیب‌های هسته‌ای با اضطراب، استرس، خصومت و بیماری‌های روان‌تنی موثر بوده است.<sup>۴۲</sup> در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت هوش معنوی بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌هاست که کاربست آنها موجب افزایش انطباق‌پذیری و در نتیجه سلامت افراد می‌شود.<sup>۷</sup>

### نتیجه‌گیری

با توجه به مروری که در رابطه با موارد ذکر شده پیرامون هوش معنوی و آشفتگی هیجانی در دوره نوجوانی مطرح شد می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی در محیط‌های کلینیکال و آموزشی باعث بهبود آشفتگی هیجانی در نوجوانان می‌شود.

آشفتگی هیجانی در این پژوهش دارای مسیر معنادار و منفی با تحول مثبت نوجوانی است. برخورداری از حس خودمختاری، شایستگی و بخصوص تقویت ارتباط به عنوان عوامل تسهیل‌کننده در برخورد با چالش‌های تحولی می‌تواند به عنوان سپری محافظتی عمل نموده و فرایندهای مقابله‌ای مناسبی را در فرد ایجاد کند. در این پژوهش از بین ۵ مؤلفه تحول مثبت نوجوانی ارتباط رابطه منفی و قوی با افسردگی دارد. با توجه به این یافته‌ها، مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی مانند شایستگی، اطمینان و ارتباط هر چقدر در نوجوانی بیشتر دیده شود اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد. این یافته را

- 2002;13(3):243-274. doi:10.1016/S1048-9843(02)00099-1.
6. Sohrabi F. Foundations of Spiritual Intelligence. *Journal of Mental Health*. 2008;1(1):14-18. [in Persian]
  7. King DB. Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model & measure. Unpublished master's thesis, Trent University; 2008.
  8. Mascaro N, Rosen DH. Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *J Pers*. 2005 Aug;73(4):985-1013. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x.
  9. Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramirez-Johnson J & Earll A. Disconnection, depression and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral psychology*. 2008;56(5):521-532. <https://doi.org/10.1007/s11089-008-0125-2>
  10. Desrosiers A, Miller L. Relational spirituality and depression in adolescent girls. *J Clin Psychol*. 2007 Oct;63(10):1021-37. doi:10.1002/jclp.20409.
  11. Yi MS, Mr USJ, M Wade T, JHo M L, Hornung R W, Cotton S, Peterman AH, Puchalski C M, Tsevat J. Religion spirituality and depressive symptoms in patints with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21:521-27. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00643.x>
  12. Lerner RM. Structure and process in relational, developmental systems theories: A commentary on contemporary changes in the understanding of developmental change across the life span. *Human Development*. 2011;54(1):34-43. doi:10.1159/000324866.
  13. Ivarsson A, Stenling A, Fallby J, Johnson U, Borg E, Johansson G. The predictive ability of the talent development environment on youth elite football players' well -being: A person - centered approach. *Psychology of Sport and Exercise*. 2015;16:15 -23. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.09.006>
  14. Kayani M. Designing a training program for the positive transformation of adolescence and its effectiveness on self-regulation, identification and social competence of adolescents. Doctorial thesis, University of Tehran; 2014.
  15. Tabachnick B. G. & Fidell L. S. Using multivariate statistics (5th edn). Boston: Pearson Education; 2007.
  16. Samani S, Jokar B. Investigating the validity and reliability of the short form of depression, anxiety and psychological stress scale. *Social Sciences and Humanities of Shiraz University*. 2007;26(3):65-76. [in Persian]
  17. Geldhof G. J, Bowers E. P, Boyd M. J, Mueller M. J, Napolitano K.S, Lerner J.V & Lerner R. M. The creation and validation of short and very short measures of PYD. *Journal of Research on Adolescence*. 2014;24(1):163-176. <https://doi.org/10.1111/jora.12039>
  18. Milot, A. S. Positive youth development as a framework for examining the relationship between conformity to gender norms, social support, and adolescent mental health. Unpublished doctoral thesis, Boston College; 2014.
  19. Vansteenkiste M, Ryan R M, Soenens B. Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and Emotion*. 2020;44(1):1-31. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09818-1>.
  20. Lerner R M, Lerner J V, Almerigi J, Theokas C, Pheleps E, Gested otter S, Von Eye A. Positive youth development programs, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H Study of positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*. 2005;25(1):17-71. doi:10.1177/0272431604272461
  21. Najafi M, Babae J, Rezaee A. The prediction of Bullying on the basis of Positive Youth Development and Life Satisfaction in Adolescents. *Journal of Positive Psychology Research*. 2017;(3)3:33-46. [in Persian] doi:10.22108/PPLS.2018.104024.1125.
  22. Mousavi F, Nasiripour S, Daribi S. The Prediction of Life Satisfaction in Adolescents based on Positive Youth Development and Psychological Capitals. *Journal of Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 2020;9(4):1-12.
  23. Sun RCF, Shek DTL. Longitudinal influences of positive youth development and life satisfaction on problem behavior among adolescents in Hong Kong. *Social Indicators Research*. 2013;114(3),1171-1197. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0196-4>.
  24. Lerner RM , Steinberg L. *Handbook of Adolescent Psychology, Individual Bases of Adolescent Development (Vol. 1)*: John Wiley & Sons; 2009.

25. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, He JP, Koretz D, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Merikangas KR. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Apr;69(4):372-80. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.160.
26. Hawton K, Saunders K E, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012;379(9834):2373-2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12) 6032 2-5.
27. Windfuhr K, While D, Hunt I, Turnbull P, Lowe R, Burns J, Swinson N, Shaw J, Appleby L, Kapur N. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Nov;49(11):1155-65. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01938.x.
28. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 1998 Nov;18(7):765-94. doi: 10.1016/s0272-7358(98)000 10-5.
29. Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA. Health outcomes related to early adolescent depression. *J Adolesc Health*. 2007 Sep;41(3):256-62. doi: 10.1016 /j.jadohealth.2007.03.015.
30. Soheili Z, Farrokhi N, Poushneh K. Teaching positive youth development to parents and investigating its effectiveness on psychological capital and anxiety of adolescent girls: Quarterly Journal of Islamic- Iranian Family studies, 2023; 2(4), 31-19. [in Persian] doi: 10.30495//iifs.2023.1973467.1057.
31. Matos MD, Santos T, Reis M, Marques A. Positive youth development: Interactions between healthy lifestyle behaviours and psychosocial variables. *Global Journal of Health Science*. 2018;10(4):68. doi:1 0.5539/gjhs.v10n4p68.
32. Wolff JC, Jandasek B, Michel BD, Becker S J, Spirito A. Concurrent Treatment of Depression in Parents and Adolescents: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2017;24(1):14-25. https://doi.org /10.1016/j.cbpra.2016.02.001.
33. Mitchell DL, Bennett MJ, Manfrin-Ledet L. Spiritual development of nursing students: developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. *J Nurs Educ*. 2006;45(9):365-70. doi: 10.3928/01484834-20060901-06.
34. Walt V, Alletta E. A descriptive and exploratory study towards a spiritual intelligent transitional Model of organizational communication. Unpublished doctoral thesis, University of South Africa; 2006.
35. McEwan W. Spirituality in nursing: what are the issues? *Orthop Nurs*. 2004;23(5):321-6. doi: 10.1097/0 006416-200409000-00008.
36. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res*. 2010; 23(4):242-4. doi: 10.1016/j.apnr.2008.10.002.
37. Yang KP. The spiritual intelligence of nurses in Taiwan. *J Nurs Res*. 2006;14(1):24-35. doi: 10.1097/01 .jnr.0000387559.26694.0b.
38. Saiedi A, Moharer GH, Shirazi M. The relationship between spiritual intelligence and hardiness on the level of pain perception with the mediating role of death Anxiety and Positive Thinking *Journal of Psychological Science*. 2019;17(72):899-905. [in Persi an] doi: 20.1001.1.17357462.1397.17.72.7.3.
39. DiPierro M, Fite P J, Johnson-Motoyama M. The role of religion and spirituality in the association between hope and anxiety in a sample of Latino youth. In *Child & Youth Care Forum*. 2018;47(1):101-114. http s://doi.org/10.1007/s10566-017-9421-2.
40. Herren OM, Burris SE, Levy SA, Kirk K, Banks KS, Jones VL, Beard B, Mwendwa DT, Callender CO, Campbell AL. Influence of Spirituality on Depression-Induced Inflammation and Executive Functioning in a Community Sample of African Americans. *Ethn Dis*. 2019 Apr 18;29(2):267-276. doi: 10.18865/ed.29.2.267.
41. Lesio CA. Accountability for mental health counseling in schools. Unpublished Doctoral dissertation, Rochester Institute of Technology; 2007.
42. Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, King MB. Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy (Chic)*. 2015 Mar;52(1):56-66. doi: 10.1037/a0036448.