



رابطه اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی با سلامت معنوی

پدیدآورنده (ها) : بهادری خسروشاهی، جعفر؛ خانجانی، زینب

روانشناسی :: نشریه برخط دانش روانشناختی :: اسفند ۱۹۳۱ - شماره ۴

از ۴۸ تا ۹۳ آدرس ثابت :

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/۱۲۱۰۲۰۰>

مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) جهت ارائه مجلات عرضه شده در پایگاه، مجوز لازم را از صاحبان مجلات، دریافت نموده است، بر این اساس همه حقوق مادی برآمده از ورود اطلاعات مقالات، مجلات و تألیفات موجود در پایگاه، متعلق به "مرکز نور" می باشد. بنابر این، هرگونه نشر و عرضه مقالات در قالب نوشتار و تصویر به صورت کاغذی و مانند آن، یا به صورت دیجیتالی که حاصل و بر گرفته از این پایگاه باشد، نیازمند کسب مجوز لازم، از صاحبان مجلات و مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) می باشد و تخلف از آن موجب پیگرد قانونی است. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به صفحه [قوانین و مقررات](#) استفاده از پایگاه مجلات تخصصی نور مراجعه فرمائید.



پایگاه مجلات تخصصی نور

رابطه اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی با سلامت معنوی / ۴۸

رابطه اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی با سلامت معنوی

جعفر بهادری خسروشاهی^۱ و زینب خانجانی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۹/۱۱/۸۲

تاریخ دریافت: ۹۱/۹/۰۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر مطالعه رابطه اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی با سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه تبریز بود. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۰۹ که بالغ بر ۱۵۰۰۰ نفر بودند که از این میان تعداد ۴۰۰ نفر (۲۰۰ دختر، ۲۰۰ پسر) بر اساس جدول مورگان و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های دینداری آربن (۱۳۷۸)، بهزیستی روانی ریف (۱۹۸۹) و مقیاس سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) استفاده شد. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد بین اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنیداری وجود دارد. در واقع با افزایش اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی، سلامت معنوی دانشجویان نیز افزایش می‌یابد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی قادرند تغییرات سلامت معنوی را در دانشجویان پیش‌بینی کنند. بنابراین با توجه به مقوله آموزش و رشد اعتقادات مذهبی، دانشگاهها میتوانند با سرمایه‌گذاری بیشتر در این زمینه، شرایط رشد سلامت معنوی در دانشجویان و در نتیجه رشد و تقویت بهداشت روانی آنها را فراهم آورند.

واژه‌های کلیدی: اعتقادات مذهبی، بهزیستی روانی، سلامت معنوی

مقدمه

دین وجه اصلی امتیاز بشر است. تاکنون هیچ حیوانی نشانه‌های از وجود حیات دینی بروز نداده است و یا هیچکاری نکرده است که بتوان آن را به‌عنوان تمهیدی برای زندگی پس از مرگ او به‌حساب آورد. برعکس در تاریخ بشر هیچ قبیله‌ای را نمیتوان یافت که به‌گونه‌ای دین نداشته باشد (هیوم (Hium)، ۱۳۶۹). در این میان افزایش علاقه به روانشناسی معنوی تا حدودی از یافته‌های تجربی و مبانی نظری ناشی شده است که پیشنهاد می‌کنند متغیرهای معنوی و مذهبی در سلامت روانی و جسمانی نقش دارند.

معنویت به‌عنوان موضوعی خاص در علوم اجتماعی و تجربی مطرح است (پوچالسکی، دورف و هندی (Puchalski, Dorff & Hendi), ۲۰۰۴). معنویت به‌مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد (مپ و جوپسون (Mabe & Josephson), ۲۰۰۴). معنویت و باورهای شخصی فرد که وی را در مقابله و تدبیر با مشکلات کمک کرده و به زندگیش مفهوم می‌دهد به عنوان یک بخش پذیرفته‌شده در فرهنگ معاصر جوامع بوده و به‌صورت گسترده‌ای وارد عرصه مراقبت شده است (پرسین، دونینگ (Parsian & Dunning), ۲۰۰۸).

در این میان سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود. به‌طور کلی سلامت معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویش، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند (کراون و هیرنل (Craven & Hirnle), ۲۰۰۳). سلامت معنوی، تجربه معنوی انسان در دو چشمانداز مختلف است. الف: چشمانداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند متمرکز است. ب: چشمانداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار میشوند، بحث می‌کند (تسی (Tacey), ۲۰۰۳).

^۱. نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز : jafar.b2010@yahoo.com

^۲. دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

گومز و فیشر (Gomez & Fisher) (۲۰۰۳) سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، واکنش احساسات مثبت، رفتارها و شناخت ارتباط با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و فطرت تعریف میکنند که فرد متمایل به احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، آرامش، توازن درونی و هدف و جهت زندگی می شود. سلامت معنوی میتواند روزانه به طرق مختلفی تظاهر کند: تبادلات با دیگران، تعاملات معنوی مشخص بهوسیله عشق، اعتماد، صداقت و درستکاری، ارتباط با ارواح جدا شده از جسم، ارتباط غیرشخصی با برخی نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت میکند یا با یک خدای شخصی که فرد را میشناسد و از او مراقبت میکند (امیدواری، ۱۳۸۵). در این میان داشتن اعتقادات مذهبی یکی از عواملی است که باعث میشود انسان از سلامت معنوی بالایی نیز برخوردار باشد.

داشتن باورها و اعتقادات مذهبی و اجرای فرایض مربوط به آن در فرد میتواند یک نیروی درونی بهوجود آورد که این نیرو تکیهگاه روانی مهمی برای فرد بهویژه لحظتها و هنگامه‌های بحران روحی تلقی شود و دینباوری یک انگیزهی روانی محسوب میگردد که ریشه در فطرت و سرشت آدمی دارد. بهایندلیل که انسان در اعماق وجود خویش انگیزه‌های را احساس میکند که او را به پژوهش در رابطه با خالق هستی و عبادت، چارهجویی و پناهربردن به او وا میدارد؛ که در هنگام سختیها و گرفتاریهایی که در زندگی بهوجود میآید از او کمک میخواهد. بنابراین اعتقاد دینی و مذهب به انسان آرامش میدهد، امنیت فرد را تضمین میکند، خلاءهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و اجتماعات استحکام داده و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد میکند (اسدی نوقانی، امیدواری و حاجی آقاجانی، ۱۳۸۴).

بهزیستی روانشناختی یکی دیگر از متغیرهایی است که با سلامت معنوی رابطه دارد. زیرا مفهوم معنویت با همه حیطه‌های سلامت و بهزیستی در تمام سنین ارتباط دارد و مورد علاقه پژوهشگران در تمام دنیاست (امیدواری، ۱۳۸۵). علیرغم پیشرفتی که در حیطه سلامت و بهزیستی وجود دارد، هنوز تعریف یکسانی از سلامت روانشناختی و بهزیستی روانی ارائه نشده است و در واقع هیچ اتفاق نظری در این خصوص وجود ندارد.

بعضی از اندیشمندان، بهزیستی را معادل شادی و تعادل عاطفی میدانند، نظریه‌پردازان دیگر این سازه را متشکل از ابعاد و مولفه‌هایی خاص مثل معنادار بودن زندگی، نیرومندی روانی و شادی میپندارند (دینر (Diener)، ۱۹۹۵). بعضی دیگر موارد مشمول احساس بهزیستی را رضایت کلی از زندگی، احساس انسجام و پیوستگی در زندگی و تعادل عاطفی بر میشمردند (کاردامس (Karademas)، ۲۰۰۶). از سویی بهزیستی روانشناختی دارای چندین مولفهٔ عاطفی و شناختی است. افراد با احساس بهزیستی روانی بالا، هیجانهای مثبت را تجربه میکنند و از حوادث و وقایع زندگیشان ارزیابی مثبتی دارند. درحالیکه افراد با احساس بهزیستی روانی پایین، حوادث و وقایع زندگیشان را نامطلوب ارزیابی نموده و بیشتر هیجانهای منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه میکنند (دینر، ایسهی و لوکاس (Diner, Oishi & Lucas)، ۲۰۰۳).

ریف (Ryff) (۱۹۸۹) با تاکید بر این که سلامت مثبت چیزی فراتر از فقدان بیماری است؛ اشاره کرد که بهزیستی روانشناختی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد اشاره می کند. او معتقد است که برخی از جنبه های کنش وری بهینه، مانند تحقق هدف های فرد، متضمن قانونمندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه مدت باشد. او معتقد است که بهزیستی را نباید ساده انگارانه، معادل با تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست، در عوض بهزیستی در برگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه فرد است. بهزیستی روانشناختی اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را شامل می شود. بهزیستی روانی از سه مؤلفه تشکیل شده که عبارتند از: رضایتمندی زندگی، عاطفه ی منفی و عاطفه ی مثبت (دینر، اوئیشی و لوکاس، ۲۰۰۳).

در تعدادی از پژوهشها رابطه بین اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی با سلامت معنوی بررسی شده است که به تعدادی از آنها اشاره می شود. بهرامی و حسنی (۱۳۸۴) در پژوهشی رابطه مقابله معنوی و خوشبینی معنوی را با سلامت روان در نمونه‌ای با حجم ۱۲۰ نفر مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که بین خوشبینی معنوی و سلامت روانی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

کوئینک (Koenig) (۲۰۰۷) در تحقیقی نشان داد که سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه مثبت دارد و افرادی که اعتقادات مذهبی قویتری دارند، سازگاری بهتری با موقعیتهای زندگی دارند. هاکنی و ساندرز (Hackney & Sanders) (۲۰۰۳) در بررسی رابطه معنویت با بهزیستی روانی دریافتند افرادی که اعتقادات مذهبی-معنوی قویتری دارند در آزمونهای سلامت روانی و جسمانی نمره‌های بالاتری کسب میکنند. آراین (۱۳۷۸) در پژوهشی نشان داد که بین توکل به خدا و احساس آرامش روانی رابطه مستقیم معنی داری وجود دارد. اعتقادات شناختی افراد مذهبی به آنان در مقابله با فشار روانی کمک میکند. اعتقادات و رفتارهایی مانند توکل به خدا، زیارت، دعا، نماز و مانند اینها میتواند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرشهای مثبت موجب آرامش درونی فرد شود.

دروسیروس و میلر (Desrosiers & Miller) (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند کسانی که از اعتقادات مذهبی قویتری برخوردارند، نسبت به مقابله با فشارهای روانی، شخصی و تحصیلی از نیروی بیشتری برخوردارند و کمتر دچار بیماری میشوند و در واقع از سلامت و بهزیستی روانی بالاتری برخوردارند. نونی (Nooney) (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان داد که اعتقادات و باورهای مذهبی رابطه مثبت و معناداری با بهزیستی روانی در دانشجویان دارد. مورگان، گاستون و ماک (Morgan, Gaston & Mock) (۲۰۰۶) در مطالعه‌های سلامت معنوی، سازگاری مذهبی و کیفیت زندگی زنان آمریکایی آفریقایی‌تبار که در مرحله درمان سرطان سینه قرار داشتند، مورد بررسی قرار دادند، تحلیل داده‌ها نشان داد که این زنان سازگاری مذهبی مثبتتری داشتند و بین سلامت معنوی و حوزه‌های کیفیت زندگی جسمانی، هیجانی و سلامت رابطه معنیداری وجود دارد.

نتایج پژوهش استوارد (Steward & Joe) (۲۰۰۱) در مورد ۱۲۱ دانشجو نشان داد که روحیه مذهبی به‌طور چشمگیری با سلامت و بهزیستی روانی در ارتباط است و افرادی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند از بهزیستی روانی بالاتری نیز برخوردارند. نلسون، روزینفلد، بریتبارت و گلیتا (Nelson, Rosenfeld, Breitbart & Galiotta) (۲۰۰۲) نشان دادند که سطوح بالای سلامت معنوی با سطوح پایین متغیرهای مرتبط با اختلالهای روانی از قبیل افسردگی، اضطراب و ناامیدی در ارتباط است. گبلر (Gabler) (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی رابطه عبادت و مذهب درونی با سلامت روانی و معنوی پرداخت. نتایج یافته‌ها نشان داد که بین سلامت وجودی و سلامت مذهبی دانشجویان رابطه مثبت و معنیداری وجود دارد. همچنین بین سلامت معنوی و اعتقادات مذهبی رابطه مثبت و معنیداری وجود داشت.

بنابراین با توجه به تحقیقات انجام شده و اینکه در این زمینه تحقیقی به صورت مستقیم انجام نشده است و از سویی، مناسبات مذهب و سلامتی، واجد ملاحظاتی پیچیده و چندبعدی است که تحقیقات در این قلمرو نیازمند غنای بیشتری است. همچنین روانشناسان عقیده دارند که در ایمان به خدا نیرویی خارق‌العاده وجود دارد که قدرت معنوی به انسان بخشیده و در تحمل مشکلات زندگی به او کمک می‌کند و بر نحوه تفکر و اندیشه او تأثیر مثبت بر جای می‌گذارد. بدین ترتیب هدف اصلی از انجام این پژوهش رابطه اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی با سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه تبریز بود. بنابراین فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

- اعتقادات مذهبی با سلامت معنوی رابطه دارد.
- بهزیستی روانی با سلامت معنوی رابطه دارد.
- اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی تغییرات سلامت معنوی را به صورت معناداری پیشبینی مینمایند.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۰۹-۰۸ که بالغ بر ۱۵۰۰۰ نفر بودند که از این تعداد ۴۰۰ نفر با استفاده از برآورد جدول مورگان و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا از بین دانشکده‌های موجود تعداد ۵ دانشکده به شیوه تصادفی انتخاب و از هر دانشکده دو کلاس به طور تصادفی انتخاب شد تا نمونه مورد نظر محقق گردد.

نمونه شامل ۲۰۰ زن با میانگین سنی ۰۲/۷ سال و ۲۰۰ مرد با میانگین سنی ۲۲/۸۴ سال بود. همچنین ۸۵/۳ درصد از دانشجویان لیسانس و ۳۳ درصد فوق لیسانس می باشند. ۵۶/۱ درصد از دانشجویان مجرد و ۲/۲ درصد از نمونه، متاهل می باشند. ۷/۵ درصد دانشجوی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی؛ ۶/۹ درصد دانشجوی دانشکده کشاورزی؛ ۶۴/۳ درصد دانشجوی دانشکده فنی مهندسی میکائیک؛ ۶۱/۳ درصد دانشجوی دانشکده ادبیات و زبان های خارجی و ۳۲/۱ درصد دانشجوی دانشکده علوم فیزیک بودند .

ابزار

۱. مقیاس سلامت معنوی. این مقیاس پولوتزین و الیسون (Paloutzian & Ellison) در سال ۱۹۸۲ ساختند. این مقیاس ۲۰

سؤال دارد که ۱۰ سؤال اول آن سلامت وجودی و ۰۱ سؤال بعدی سلامت مذهبی را اندازه گیری میکند. دامنه نمره سلامت وجودی و مذهبی، هر کدام به تفکیک ۰۶-۰۱ است. برای زیرگروه های سلامت وجودی و مذهبی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت وجودی و مذهبی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰-۰۲ در نظر گرفته شده است. در این پژوهش نمره کل پرسشنامه مورد پژوهش قرار گرفته است. پاسخ سوالها به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره گذاری میشود. مطالعات اولیه پایایی این آزمون از طریق اجرای دوبار آزمون (۰/۹۹ تا ۰/۷۳) و روایی آن را (۰/۴۹ تا ۰/۷۸) گزارش دادند. همچنین ضریب پایایی درونی برای کل مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ۰/۹۸، ۰/۸۸ و ۰/۱۸ به دست آمد (الیسون و اسمیت، ۱۹۹۱). در ضمن اعتبار محتوای این مقیاس نیز توسط چند متخصص روانشناسی بررسی و سوالهای آن خوب و مرتبط با موضوع ارزیابی گردید. از سویی در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین در پژوهشی که به منظور تعیین اعتبار و پایایی مقیاس سلامت معنوی، مقیاس مذکور به طور همزمان با مقیاس سلامت روانی SCL-۲۵ اجرا شد، که اعتبار همزمان آن با مقیاس سلامت روان SCL-۲۵، ۰/۱۳- و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار و پایایی قابل قبول این مقیاس میباشد. در ضمن اعتبار محتوای این مقیاس نیز توسط چند متخصص روانشناسی بررسی و سؤالات آن خوب و مرتبط با موضوع ارزیابی گردید (عسگری، روشنی و مهروی آدریانی، ۱۳۸۸). در پژوهشی دیگر الله بخشیان، جعفرپور علوی، پرویزی و همکاران (۱۳۸۹) پایایی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۲۸ گزارش کردند.

۲. مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود (ریف، ۱۹۹۵). فرم اصلی دارای

۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسیهای بعدی فرمهای کوتاهتر ۸۴سؤالی، ۵۴سؤالی و ۱۸سؤالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش از فرم ۴۸ سؤالی استفاده شد. مقیاسهای بهزیستی روانی دارای شش خردهمقیاس پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است. در فرم ۴۸ سؤالی هر عامل دارای ۴۱ پرسش است و آزمودنیها در مقیاسی ۶ درجه ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سوالها پاسخ میدهند. چهل و هفت سؤال به صورت مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمره گذاری میشود. در این پژوهش نمره کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفته است. ریف، لیندفورس، برتسون و لندبرگ (Lindfors Berntsson & Lundberg) (۲۰۰۶) دامنه ضریب پایایی آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف مقیاس ریف بین ۰/۵۶ تا ۰/۰۷ گزارش نمودند. همچنین ریف (۱۹۸۹) در پژوهشی برای بررسی پایایی این ابزار، از آلفای کرونباخ بهره گرفت. آلفای به دست آمده برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۱۹)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۰۹) و رشد شخصی (۰/۷۸) گزارش شده است که بر این اساس برای اهداف پژوهشی و بالینی وسیله مناسبی به شمار می رود. پایایی این آزمون در نمونهی ایرانی با استفاده از آلفای کرونباخ در کل آزمون ۰/۰۸ گزارش گردید (میکائیلی منبع، ۱۳۸۶). همچنین روایی محتوایی و سازه های

آزمون فوق در پژوهشهای مختلف تأیید شده است (یحیی زاده، ۱۳۸۴). از سویی در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه نیز بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بهدست آمد.

۳. پرسشنامه دینداری آرین. آرین (۱۳۷۸) با استفاده از سوالهای پرسشنامه جهتگیری مذهبی بیرونی و درونی آپورت

(۱۹۶۷) و با در نظر گرفتن تفاوت‌های مذهبی اقدام به تهیه و تدوین این مقیاس نمود. این ابزار یک مقیاس خودگزارشدهی برای سنجش میزان دینداری فرد بوده که مشتمل بر ۲۰ سؤال است. نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (برای خیلی کم) تا ۵ (برای خیلی زیاد) است. با در نظر گرفتن مذهب در تصمیمگیریها و انتخابهای زندگی، سؤالهای آزمون با توجه به رفتارهای دینی رایج در جوانان مذهبی انتخاب شده است. حداقل نمره ۰۲ و حداکثر نمره ۱۰۰ است. نتایج نشاندهنده آن است که ضریب پایایی این آزمون در ایران و همچنین در بین ایرانیان مقیم کانادا (۰/۳۹) بوده است که دقت و ثبات آزمون را تأیید میکند. روایی این آزمون هم بهوسیله متخصصان مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در پژوهشی ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۳۷ بهدست آمد (عسگری، روشنی و آدریانی، ۱۳۸۹). به منظور تعیین روایی مقیاس دینداری آرین، این مقیاس به طور همزمان با پرسشنامه سنجش دینداری مسلمانان اجرا شد که ضریب اعتبار همزمان آن با پرسشنامه سنجش دینداری مسلمان برابر ۰/۶۷ و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ به دست آمد (آرین، ۱۳۷۸). هم چنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۸ بهدست آمد.

شیوه اجرا

جهت اجرای این پژوهش ابتدا ابزارهای مورد نیاز تهیه و سپس فرایند نمونه گیری به مرحله اجرا گذارده شد و در پی آن پرسشنامه های مورد استفاده در بین نمونه های انتخاب شده توزیع و اطلاعاتی در رابطه با نحوه پرکردن پرسشنامه ها داده و نهایتاً داده های مورد نیاز استخراج شد. برای تحلیل داده ها از شاخص های توصیفی پراکندگی و تمایل مرکزی استفاده شد. از سویی جهت تحلیل داده های مربوط به فرضیه های پژوهشی از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته ها

شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

| متغیرها | M | SD | ۱ | ۲ |
|----------------|-------|-------|--------|--------|
| اعتقادات مذهبی | ۶۲/۷۲ | ۱۹/۳۰ | | |
| بهزیستی روانی | ۵۰/۷۱ | ۱۲/۵۲ | ۰/۳۰** | |
| سلامت معنوی | ۶۴/۷۴ | ۱۴/۳۱ | ۰/۳۳** | ۰/۲۴** |

**P < ۰/۰۱

مندرجات جدول ۱ نشان میدهد که بین اعتقادات مذهبی و سلامت معنوی دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتدیگر با افزایش اعتقادات مذهبی دانشجویان، سلامت معنوی آنها نیز افزایش می یابد. هم چنین بین بهزیستی روانی با سلامت معنوی نیز رابطه

مثبت و معنیداری وجود دارد. یعنی با افزایش بهزیستی روانی، میزان سلامت معنوی دانشجویان نیز افزایش مییابد. از سویی نتایج جدول نشان میدهد که بین بهزیستی روانی با اعتقادات مذهبی هم رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

از سویی برای تعیین نقش هر یک از متغیرهای اعتقادات مذهبی، بهزیستی روانی بر سلامت معنوی، اعتقادات مذهبی، بهزیستی روانی به عنوان متغیر پیشین و سلامت معنوی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند که نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی بر سلامت معنوی

| متغیرها | همبستگی | ضریب | مجذور | مجذور تعدیل شده | خطای استاندارد |
|---------|----------------|---------|---------|-----------------|----------------|
| | چندگانه | همبستگی | همبستگی | همبستگی | برآورد |
| گام اول | اعتقادات مذهبی | ۰/۳۲ | ۰/۱۰ | ۰/۱۰ | ۱۳/۵۵ |
| | اعتقادات مذهبی | ۰/۳۸ | | | |
| گام دوم | | | ۰/۱۴ | ۰/۱۴ | ۱۳/۲۴ |
| | بهزیستی روانی | | | | |

مندرجات جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون گامبهگام را نشان میدهد که طی دو گام، دو مؤلفه اعتقادات مذهبی، بهزیستی روانی با سلامت معنوی دارای همبستگی چندگانه هستند. بر اساس اهمیت، ترتیب متغیرهای پیشین در تحلیل رگرسیون گامبهگام در اولین گام متغیر اعتقادات مذهبی با سلامت معنوی دارای ضریب همبستگی ۰/۳۲ بوده است. در گام دوم با افزودن بهزیستی روانی به متغیر قبلی ضریب همبستگی به ۰/۸۳ رسیده است. بنابراین این دو متغیر به اتفاق هم ۴۱ درصد از تغییرات سلامت معنوی را در دانشجویان پیشینی میکنند.

جدول ۳: تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه به روش گام به گام برای متغیر سلامت معنوی

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F |
|------------------|---------------|------------|-----------------|---------|
| (۱) | ۸۸۰۳/۴۳ | ۱ | | |
| رگرسیونباقیمانده | ۷۳۰۷۵/۵۲ | ۳۹۸ | ۱۸۰۳/۴۳** | |
| کل | ۸۱۸۷۸/۹۶ | ۳۹۹ | ۱۸۳/۶۰ | ۴۷/۹۴ |
| (۲) | ۱۲۲۱۲/۶۲ | ۲ | | |
| رگرسیونباقیمانده | ۶۹۶۶۶/۳۳ | ۳۹۷ | ۶۱۰۶/۳۱ | ۳۴/۷۹** |
| کل | ۸۱۸۷۸/۹۶ | ۳۹۹ | ۱۷۵/۴۸ | |

**P < ۰,۰۱

NOORMAGS

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده تحلیل واریانس، اعتبار رگرسیون گامبهگام را در پیشینی سلامت معنوی مورد تأیید قرار میدهد.

جدول ۴: ضرایب رگرسیون متغیرهای معنی دار در تحلیل رگرسیون برای پیش بینی متغیر سلامت معنوی

ضرایب بدون استاندارد ضرایب استاندارد شده

| سطح معنی داری | متغیرها T | | | | |
|---------------|-----------------|------|-------|------|---------------------|
| | خطای معیار Beta | | B | | |
| ۰/۰۰۱ | ۶/۹۲ | ۰/۳۲ | ۰/۰۳۵ | ۰/۲۴ | اعتقادات مذهبی |
| ۰/۰۰۱ | ۶/۴۵ | ۰/۳۰ | ۰/۰۳۵ | ۰/۲۲ | اعتقادات |
| ۰/۰۰۱ | ۴/۴۰ | ۰/۲۰ | ۰/۰۵۳ | ۰/۲۳ | مذهبی‌بهزیستی روانی |

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، در گام دوم که متغیرهای پیشین نهایی شده‌اند ضریب بتای استاندارد شده برای متغیر اعتقادات مذهبی ۰/۰۳ و برای متغیر بهزیستی روانی ۰/۰۲ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بودند. بنابراین با افزایش اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی میزان سلامت معنوی نیز افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین اعتقادات مذهبی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. یعنی با افزایش اعتقادات مذهبی، میزان سلامت معنوی دانشجویان نیز افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج یافته‌های (بهرامی و حسنی، ۱۳۸۴؛ فرینگ، میلر و شاو، ۱۹۹۷؛ بارون (Baroun)، ۲۰۰۰؛ گبیلر، ۲۰۰۴؛ مک فارلند (McFarland)، ۲۰۰۹) همخوانی دارد. دین، یک نظام عملی بر اساس اعتقادات که رابط‌های با ابعاد فردی و اجتماعی از سوی پروردگار به‌منظور ارشاد انسانها در مسیر تکامل آنها ارسال شده است و شامل عقاید، باورها، نگرشها و رفتارهایی است که با هم عجین شده و احساس یکپارچگی در فرد ایجاد میکند (آرین، ۱۳۷۸). تجربه بشری در تمام فرهنگها نشان داده است که انسان همواره در شرایط بحرانی از یک منبع مقدس و الهی کمک طلبیده است. بیشتر انسانها به خدا اعتقاد دارند، اما مشکل اساسی انسان امروز نداشتن یک برنامه معنوی در زندگی است (پاشا و داوودی، ۱۳۸۶). همچنین مذهب مجموعه اصول بنیادی و دستوراتی است که از سوی خدا به وسیله پیغمبر ابلاغ شده است تا بشریت را به تسلیم و اطاعت در برابر حقیقت کامل دعوت کند که در این میان داشتن سلامت معنوی باعث میشود، فرد احساس بهتری در زندگی داشته باشد. از سویی داشتن اعتقادات مذهبی و معنویت باعث میشود که انسان به سمت سلامت معنوی حرکت کند.

آلپورت (۱۹۵۰) در مورد سلامت معنوی اعتقاد دارد که این افراد انگیزه اصلی اعتقادات خود را به‌صورت انتزاعی از مذهب میدانند، نیازهای دیگر این افراد که در درجه دوم اهمیت دارد عقاید و مذاهب آنها را تحت تاثیر قرار نمیدهد. برآورد هشدن این نیازها را هم در ضمن اعتقادات مذهبی ممکن میدانند. در اینصورت افراد مذهبی سعی دارند با این ویژگی مذهب خود را درونی کنند و آنرا در زندگی خود به کمال برسانند و دستورهای مذهبی را هم هرچه کاملتر انجام دهند. بنابراین اینها افرادی هستند که با الگوهای رفتاری و اعتقادی مذهبی‌شان زندگی میکنند و با توجه به اعتقادات مذهبی میتوانند علایم و اختلالهای خود را کاهش داده و از سلامت روانی بالاتری برخوردار شوند.

ایمان راستین به خدا در افراد دارای جهتگیری مذهبی درونی، احساسی را در فرد پدید می‌آورد که بر اثر آن از آتیه و حوادث احتمالی غیرقابل مهار نم‌یهراسد و با تکیه بر او به صورت منطقی، زمینه‌های بروز اضطراب و پریشانی را در وجود خود، از میان برمی‌دارد. ایمان به خدا و جنبه‌های دیگری از ایمان که شامل ابعاد شناختی، رفتاری، ارزشی و هیجانی می‌باشد، باعث رشد و تعالی بسیاری از ویژگیهای شخصیتی از جمله اعتماد به نفس و مسند مهارگزاری درونی و خود اثربخشی در فرد میگردد که او را در مقابل رویدادهای ناخوشایند و استرس‌ها مقاوم می‌سازند (بهرامی و حسنی، ۱۳۸۴).

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که بین بهزیستی روانی با سلامت معنوی دانشجویان نیز رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتی با افزایش بهزیستی روانی، سلامت معنوی دانشجویان نیز افزایش مییابد. این یافته نیز با نتایج پژوهشهای (میز، کیلپاتریک، کوکهارن (Mays, Kilpatrick & Cochran) و همکاران، ۲۰۰۴؛ رو و وانگ (Rew & Wong)، ۲۰۰۶؛ کوئینگ، مک کالف و لارسون (Koeing, McCulloch & Larson)، ۲۰۰۱) همخوانی دارد. در واقع بین جهتگیری مذهبی با سلامت روان رابطه همبستگی مثبت وجود دارد. یعنی اینکه هر چه نمرات جهتگیری مذهبی به جهت مذهب بیرونی افزایش مییابد، نمرات بهزیستی روانی کاهش مییابد و هر چه نمرات به جهتگیری مذهبی درونی تمایل مییابد، نمرات بهزیستی روانی بالا میرود. آلپورت (۱۹۶۶) معتقد است که تفاوت قائل شدن بین مذهب درونی و بیرونی به ما کمک میکند تا کسانی را که دین برای آنها هدف است را از کسانی که دین برای آنها وسیله است جدا نماییم. افراد دست اول به خوب بودن هدف توجه دارند و افراد دسته دوم به خوب بودن وسیله. پژوهش حاضر نشان داد آنان که با دین خود زندگی میکنند و دین برای آن ها هدف است نسبت به کسانی که دین را وسیله ای برای زندگی کردن و حمایت میخواهند، از سلامت روان بهتر و بهزیستی روانی بالاتری برخوردارند. گوئینگ، مک کالف و همکاران (۲۰۰۱) در یک بررسی فرا تحلیلی که بر روی ۸۵۰ مطالعه انجام شده، گزارش نمودند مذهب از طریق بالا بردن توانایی در مقابله با استرس، ایجاد فضای حمایت اجتماعی، ایجاد امید و خوشبینی در جهت کمک به ایجاد هیجانهای مثبت مثل زندگی کردن بهتر، رضایت از زندگی و شادکامی اثر خود را بر بهزیستی روانی میگذارد. در واقع افراد با جهتگیری مذهبی درونی دارای مذهبی فراگیر و با اصول سازمان یافتهاند و ارزشهای مذهبی در این افراد به مثابه هدف است و ارزشها و نیازهای غیر مذهبی هر چقدر هم که مهم باشند برای آنها اهمیت کمتری دارند. اما افراد با جهتگیری مذهبی بیرونی، مذهب را برای رفع نیازها، کسب آسایش و امنیت فردی و اجتماعی و جلب نظر اجتماعی مورد توجه قرار میدهند و دوست دارند. به عبارت دیگر برای این افراد مذهب وسیلهای برای دستیابی به اهداف دیگری که برای آنها مهم است تلقی میشود (جانگ (Jung)، ۱۹۶۵).

همچنین معنویت و مذهب بهعنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتیهای افراد قرار گرفته و بهصورت ضربه گیر عمل میکند و موجب کاهش اختلالهای روانی و ارتقاء سطح سلامت و بهزیستی روانی میشود. در واقع معنویت با ارتقاء سلامت روانی و بهزیستی روانی و کاهش اختلالهای ناشی از آن مؤثر بوده است. اعمال و مناسک معنوی روزانه، حمایت مذهبی و خودارزشیابی مذهبی-معنوی در زندگی فرد میتواند بهسختی و بهطور معنیداری پیشبینیکننده بهزیستی روانی احساس خوب بودن باشد و کاهش میزان سلامت معنوی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب، افسردگی و تنهایی همراه دانستهاند. بهبیان دیگر نخستین اثر توانمندیهای فرد در زمینه سلامت معنوی قدرت حاصل از مذهب، تدبیری الهی که گریزی از آن نیست و این که خدا خیراندیش آنهاست، تعبیر و تفسیر می کنند. کاهش مشکلات روانی، افزایش سلامت روانی و در نتیجه افزایش سبکهای رفتاری سالم و رضایت از زندگی خواهد بود. چراکه معنویت، کیفیتی فراتر از وابستگی مذهبی است که برای الهام، احترام، معنا و هدف تلاش میکند (امیدواری، ۱۳۸۷). بنابراین معنویت میتواند باعث احساس امیدواری، هدفمندی، آرامش، ایجاد نگرش مثبت به دنیا و قدرت سازگاری بالا در افراد شود و باعث افزایش معنا و هدف در زندگی شده و منجر به بهزیستی روانی در فرد میشود. همچنین سلامت معنوی یکی از ابعاد بنیادی سلامت و بهزیستی است و نیروی هماهنگ کننده و تکمیلکننده ابعاد سلامت انسان است؛ بنابراین نتیجه سلامت معنوی رسیدن به آرامش درونی و احساس بهزیستی روانی است.

در واقع فرد مذهبی به یک مبدا متعالی معتقد است و او را پرستش میکند. فرد مومن با اتکا به قدرت الهی و اعتماد به اینکه خدا را قادر، حاضر و پاسخگوی همیشگی نیاز خود میداند، احتمال وقوع حوادث مثبت و خوشایند را برای خود بیشتر دانسته و حوادث منفی را بر توکل به نیروی ایمان خود بهراحتی پشتسر میگذارد. از این رو اعتقادات مذهبی از طریق ایجاد آرامش و ایمان درونی و بهزیستی روانی با فراهم آوردن اعتمادبهخود و کوشش بیشتر زمینهساز سلامت معنوی دانست؛ بنابراین آدمی با ایمان، توکل و باور مثبت به شناخت بیشتر از خود رسیده و قادر به هماهنگی بین ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی خود شده و در نهایت به معنا و هدف در زندگی نائل میشود. بنابراین سلامت معنوی با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی و جسمانی در کنار دیگر مؤلفههای مرتبط با سلامت روانی، موجب بهبود و ارتقاء سلامت روانی و جسمانی افراد شده و سطح سازگاری افراد با رویدادهای زندگی را افزایش میدهد.

از سویی نتایج پژوهش نشان داد که متغیرهای، اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی قادرند تغییرات سلامت معنوی را در دانشجویان پیش بینی کنند. در تبیین این یافته نیز میتوان گفت باورها و نگرشهای مذهبی و معنوی بر مؤلفه‌های شناختی افراد و نوع تفکرات آنها تاثیر گذاشته و این مؤلفه نیز از طریق سیستم ایمنی عصبی روانی بر سلامت و بهداشت جسم و روان انسان تأثیر میگذارد (پاکیزه، ۱۳۸۷). همچنین اعتقادات مذهبی از طریق ایجاد آرامش و ایمان درونی، بهزیستی نیز با فراهم آوردن اعتماد به خود و کوشش بیشتر زمینه ساز و عامل مؤثر در سلامت انسان و بهویژه سلامت معنوی هستند که داشتن اعتقاد مذهبی باعث شناخت خود شده و منجر به ایجاد بهزیستی روانی در افراد میشود و باعث میشود که فرد از سلامت معنوی بالایی برخوردار بوده و در زندگی هدف و معنایی داشته باشد.

بنابراین با توجه به نتایج پژوهش و اهمیت بهدستآمده از این بررسی و میزان سلامت معنوی در جوانان به مسئولین فرهنگی دانشگاهها توصیه میشود با برگزاری برنامه‌های آموزشی در زمینه سلامت و بهزیستی روانی و احساس پوچی، بهبودگی، تزلزل روحی و ازدست دادن معنا در زندگی که از فقدان بعد معنوی افراد سرچشمه میگیرد، تهیه و جهت افزایش آگاهی و چگونگی استفاده از معنویت نهفته در دین ارائه شوند؛ ازسویی میتوان سطح سلامت روانی جوانان و بهخصوص دانشجویان را افزایش داد و احساس رضایتمندی از زندگی را در آنها بالا برد. بنابراین توجه به مقوله آموزش و رشد اعتقادات مذهبی در هر گروه سنی اهمیت ویژه‌ای دارد. دانشگاهها نیز بهعنوان یکی از مه‌ترین مراکز تربیت و تقویت اعتقادات مذهبی در جوانان، میتواند با سرمایه‌گذاری بیشتر در این زمینه، شرایط رشد اعتقادات مذهبی در دانشجویان و در نتیجه رشد و تقویت بهداشت روانی آنها را فراهم آورند.

از سویی پیشنهاد می شود که در پژوهش های مشابه آتی از مصاحبه و مشاهده استفاده شود و میزان اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی وی مشاهده شده و داده های آن با پژوهش حاضر مقایسه شود. از آنجاییکه یافته های پژوهش بر اساس مقیاس های خودگزارشده بود و گزارش های شخصی در پرسشنامه ها اصولاً بهدلیل یافته های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ دهی مستند تحریف هستند و این ممکن است نتایج پژوهش را بهمخاطره بیاندارد که بهتر است از روشهای دیگری نیز مانند مصاحبه و مشاهده استفاده شود. از سویی پژوهش حاضر ماهیتاً از نوع همبستگی بود. بنابراین نمی توان روابط بهدستآمده را از نوع روابط علت و معلولی تلقی کرد که پیشنهاد میشود در پژوهش های آتی مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- آرین، خدیجه (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین دینداری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا. رساله دکترا. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران.
- الله بخشیان، مریم؛ جعفرپور علوی، مهشید؛ پرویزی، سرور؛ حقانی، حمید (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۳(۱۲): ۹۲-۳۳.
- اسدی نوقانی، احمدعلی؛ امیدی، شیراز؛ و حاجی آقاخانی، سعید (۱۳۸۴). روان پرستاری. چاپ اول، تهران: انتشارات بشری.
- امیدواری، سپیده (۱۳۸۵). سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش ها. فصلنامه تخصصی پژوهش های میان رشته ای قرآنی، ۱(۳): ۷۱-۵
- بهرامی، احسان و حسنی، کتابون. (۱۳۸۴). نقش مقابله مذهبی و خوشبینی معنوی در تبیین سلامت روان. مجله روانشناسی و دین، ۳(۳): ۲۶۰-۲۴۹.
- پاشا، غلامرضا؛ داوودی، نرگس (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین نگرش های مذهبی، اضطراب و خودپنداره در دانشجویان. چکیده مقالات دومین همایش نقش دین در بهداشت روان. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی پاکیزه، علی (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌های سلامت روانی دانشجویان و تاثیر فعالسازی معنویت بر آن. مقاله ارائه شده در چهارمین همایش بهداشت روانی دانشجویان.
- عسگری، پرویز؛ روشنی، خدیجه؛ و مهری آدریانی، مریم (۱۳۸۹). رابطه اعتقادات مذهبی و خوشبینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. فصلنامه یافته های نو در روانشناسی، ۳(۱۰): ۹۳-۷۲. میکائیلی منبع، فرزانه (۱۳۸۶). بررسی بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه ارومیه، طرح پژوهشی دانشگاه ارومیه. هیوم، رابرت (۱۳۶۹). ادیان زنده جهان. عبدالرحیم گواهی. دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- یحیی‌زاده، سحر (۱۳۸۴). بررسی رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه

- Allport, G. (۱۹۵۰); *The Individual and his Religion*; New York: MacMillan.
- Baruon, K. A. (۲۰۰۶). Relations among religiosity, health, happiness, and anxiety for Kuwaiti adolescents, Department of Psychology, *College of Social Sciences, Kuwait University*. Available from :www.Pubmed.gov.
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (۲۰۰۳). *Fundamental of nursing: human health and function*. ۴th Edition, Lippincott Williams & Wilkins Company: Philadelphia.
- Desrosiers, A., & Miller, B. (۲۰۰۷). Relational spirituality and depression in adolescent girl. *Clinical Psychology*, ۶۳(۱۰): ۱۰۲۱-۱۰۳۷.
- Diner, E., Oishi, S., & Lucasc, R.E. (۲۰۰۳). Personality culture and subjective well- being: Emotional and Cognitive Evaluations of life. *Annual Review of psychology*, ۵۴: ۴۰۳-۴۲۵
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (۲۰۰۲). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, ۵۷: ۱۱۹-۱۶۹.
- Ellison, C. G., Boardman, J. D., Williams, D. R., & Jackson, J. S. (۲۰۰۱). Religious involvement, stress and mental health. *Social Forces*. ۸۰: ۲۱۵-۲۴۹.
- Gabler, W.M. (۲۰۰۴). *The Relationship of Prayer and Internal Religiosity to Mental and Spiritual Well-being*. Master thesis, University of Wisconsin-Stout.
- Gomez, R., & Fisher, J.W. (۲۰۰۳). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, ۳۵(۳): ۱۹۷۵-۱۹۹۱.
- Hackney, C.H., & Sanders, G.S. (۲۰۰۳). Religiosity and mental health. *Journal for the scientific study of religion*. ۴۲(۲): ۴۳-۵۵.
- Jung, C. G. (۱۹۶۵). *The soul and death*. In Feifel, H. (Ed.), *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill Book Company
- Karademas, C. (۲۰۰۶). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism, *Personality and Individual Differences*, ۴۰(۲): ۱۲۸۱-۱۲۹۰. Koenig, H. G. (۲۰۰۷). Spirituality and depression. *southern medical journal*. ۷(۲): ۷۳۷-۷۳۹.
- Koenig, H.G., McCulloch, M.E., & Larson, D.B. (۲۰۰۱). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (۲۰۰۶). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*; ۴۰(۶): ۱۲۱۳-۱۲۲۲.
- Mabe, P.A., & Josephson, A. M. (۲۰۰۴). Adolescent Psychopathology: Spiritual and religious Perspectives. *Child Adolesc Psychiatr Clin N AM*, ۱۳(۲): ۱۱۱-۱۲۵.
- Mays, V. M., Kilpatrick, R., Cochran, S.D., & Calzo, J.P. (۲۰۰۴). *The relationship of religion/spirituality to optimism, perceived health status and HIV progression in seropositive African American men who have sex with men*. *International Conference on AIDS*. University of California, School of Public Health, Los Angeles, United States.
- McFarland, M. J. (۲۰۰۹). *Religion and Mental Health Among Older Adults: Do the Effects of Religious Involvement Vary by Gender?* Department of Sociology, University of Texas, Austin.
- Meisenhelder, J. B., & Chandler, E.M. (۲۰۰۲). Pray and health outcomes in church lay leaders. *Western Journal Nurs Reserch*, ۲۲(۱): ۷۰۶- ۷۱۶.
- Morgan, P.D., Gaston, J., & Mock, V. (۲۰۰۶). Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. *Department of Nursing, Fayetteville State University*, ۱۷(۲): ۷۳-۷.
- Nelson, C.J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galieta, M. (۲۰۰۲). Spiritual, religion, and depression in the terminally ill. *Journal Psychosomatics*. ۴۳(۳): ۲۰-۲۱۳.
- Nooney, G., Jennifer, G. (۲۰۰۵). Religion, stress, and mental health adolescence. *Review of Religious. Research*, ۴۶, (۴): ۳۴۱-۳۵۵.
- Parsian, N., & Dunning, T. (۲۰۰۸). Spirituality and coping in young adults with diabetes. *Diabetes Reserch clinical Prac*, ۷۹: SI- SI۲۷.

- Puchalski ,C.M, Dorff , R.E., & Hendi, I.Y. (۲۰۰۴). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinical Geriatr Med*, ۲۰(۳): ۶۸۹-۷۱۴.
- Rew, L., & Wong, Y.J. (۲۰۰۶). Systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal Adolescnc Health*. ۳۸(۴): ۴۳۳-۴۲.
- Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala J V. The relationship between religion/ spirituality and physical health, mental health, and a pain in a chronic pain population. *Pain*. ۲۰۰۵; ۱۱۶(۳): ۳۱۱-۲۱.
- Ryff, C. D. (۱۹۸۹). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۵۷: ۱۰۶۹-۱۰۸۱.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (۲۰۰۲a). From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being. In *Handbook of positive psychology* (ed. C. R. Snyder & S. J. Lopez), pp. ۵۴۱- ۵۵۵. New York: Oxford University Press.
- Stewart, S. D. (۲۰۰۱). Contemporary American Stepparenthood: Integrating cohabiting and nonresident stepparents. *Population Research and Policy Review*, ۲۰: ۳۴۵-۳۶۴.
- Tacey, D.J. (۲۰۰۳). *The Spirituality revolution: The emergence of contemporary spirituality*. Sydney, Australia: HarperCollins Publishers.

