

رابطه باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی

(از صفحه ۱۳۵ تا ۱۵۷)

پرویز عسگری*

سحر صفرزاده**

محمد مهدی مظاهری***

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است. نمونه‌ها شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر دختر و ۱۰۰ نفر پسر) بودند که به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت، امید به زندگی میلر (MHI) و سلامت معنوی (SWBS)، استفاده شد. تحقیق حاضر از نوع همبستگی بود و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در سطح معناداری $p < 0/001$ نشان داد که؛ بین متغیرهای باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان دادند که بین باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی دانشجویان رابطه چندگانه وجود دارد. در عین حال از طریق تحلیل رگرسیون مشخص شد که باورهای دینی و امید به زندگی به ترتیب پیش‌بینی‌کننده متغیر ملاک سلامت معنوی می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: باورهای دینی، امید به زندگی، سلامت معنوی، دانشجویان.

Askary47@yahoo.com

* استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

** دکترای روانشناسی و عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

Safarzadeh1152@yahoo.com

*** استادیار فلسفه، دانشگاه آزاد اسلامی

مقدمه

«أَلَا يَذْكُرُ اللَّهُ تَطْمِئِنُّ الْقُلُوبُ»

«آگاه باشید با یاد خدا دلها آرامش می یابد.»

(سوره مبارکه رعد، آیه شریفه ۲۸)

جوانان چرخ فعالیت های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی یک جامعه را به گردش در می آورند، اجتماع را دچار تحول می سازند و می توانند آن را به اوج سربلندی و موفقیت برسانند و یا به انحطاط و نابودی بکشانند. بنابراین، روشن است که توجه به مسایل این قشر از جامعه و تلاش در راه حل مشکلات آنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۲۷). بر این اساس بهداشت و سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی، که از نظر چین و جنی^۲ (۲۰۰۰) مفهومی وسیع و تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع است، به عنوان نیازهای اجتماعی این گروه از افراد جامعه تلقی می شود، چراکه عملکرد مطلوب یک جامعه مستلزم برخورداری از افراد سالم است (موحد ابطحی، ۱۳۸۷: ۱۰). شخص سالم از کار و زندگی خود احساس رضایت درونی نموده و توانایی پیدا می کند شرایط سخت را راحت تر تحمل و در زمینه های مختلف زندگی پیشرفت کرده، عملکرد بهتری داشته باشد (میلانی فر، ۱۳۷۴: ۲۲). بر این اساس سلامتی یک مساله چند بعدی است و این ابعاد بریکدیگر اثر کرده و در نهایت سلامت فرد و جامعه را تحت تأثیر قرار می دهند (لیندا و کوین^۳، ۱۹۹۴: ۱۶). در حال حاضر، اغلب مدل های سلامتی، شامل سلامت معنوی نیز می باشد. به همین دلیل مفهوم معنویت با همه حیطه های بهداشت در تمامی سنین، ارتباط دارد و مورد علاقه پژوهشگران در تمام دنیاست (امیدواری، ۱۳۸۵: ۱۷۶).

سلامت معنوی که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند، با ویژگی های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص شده و یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می کند (گریون و هیرنل^۴، ۲۰۰۳؛ به نقل از رضایی، سیدفاطمی و حسینی، ۱۳۸۵: ۲۹۶). گومز و فیشر^۵ (نقل از مودلی^۶، ۲۰۰۸: ۴۹) نیز سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، واکنش احساسات مثبت، رفتارها و شناخت و ارتباط با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و فطرت تعریف می کنند که فرد را متمایل به احساس هویت، کمال، رضایت مندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف و جهت زندگی می نماید. با توجه به این مطلب، معنویت و سلامت معنوی می تواند روزانه به طریق مختلف تظاهر کنند؛ تبادلات با دیگران، دلسوزی، تجربیاتی در مورد طبیعت که احساس نزدیکی و اتحاد با دنیای طبیعی را ایجاد کند، ارتباط غیر شخصی با برخی نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت می کند یا با یک خدای شخصی که فرد را می شناسد و از او مراقبت می کند (کرنز، گیرون و مک آلیس، ۱۹۸۸، نقل از امیدواری، ۱۳۸۵: ۵).

یکی از عوامل مرتبط با این مساله که می تواند بر سلامت معنوی تأثیرگذار باشد، اعتقادات و بارهای مذهبی و دینی است، که بر این اساس طی سال های اخیر روند پژوهش در مورد مذهب و ابعاد سلامت پیشرفت فزاینده ای پیدا کرده است (منصورنژاد و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۳۶). تحقیقات افرادی همچون مسی^۷ (۲۰۱۰: ۱۷) و نووال^۸ (۲۰۱۰: ۶) نشان می دهد دین و اعتقادات مذهبی که از عوامل مهم و تأثیرگذار در سلامت است، چهره جهان را در نظر فرد معتقد دگرگون می سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت

². Jane & Jennie

³. Linda & Kevin

⁴. Greeven & Hirnel

⁵. Goomez & Fisher

⁶. Moodley

⁷. Messay

⁸. Nuval

و رویدادهای پیرامون تغییر می دهد (کروز^۹، ۲۰۰۳: ۲۶۱). در کل این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت تر می گذرانند، کمتر دستخوش استرس و اضطراب می شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه تر و خوش بینانه تر است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸: ۳). در همین راستا طی تحقیقات مرتبط، بیان می شود که اعتقادات دینی^{۱۰} و مذهب به انسان آرامش می دهد، امنیت فرد را تضمین می کند، خلاء های اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و اجتماعات از بین برده و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت های زندگی ایجاد می کند (اسدی نوقانی و همکاران، ۱۳۸۴: ۸) که این نکته خود می تواند از عوامل زمینه ساز و پیش بینی کننده وجود یا ایجادکننده بهداشت معنوی باشد.

یکی دیگر از عواملی که می تواند پیش بینی کننده مناسبی برای سلامت معنوی افراد مخصوصاً در دنیای کنونی باشد، امید به زندگی مطلوب است. امید نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می کند. این عامل به انسان ها انرژی می دهد و مجهزشان می کند، و مانند کاتالیزوری برای کار و فعالیت عمل می نماید. امید به ما انعطاف پذیری، نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی را که زندگی بر ما تحمیل می کند، را داده و باعث افزایش رضایت از زندگی می شود (پریچت^{۱۱}، ۱۳۸۴: ۱۱) و از نظر معنوی باعث قوت و استحکام درونی در انسان می گردد. بر این اساس امیدواری که می تواند به میزان زیادی ریشه در اعتقادات مذهبی و باورهای دینی فرد داشته باشد، پیوندی است میان رفتارهای مرتبط با هدف و باورهای فرد برای رسیدن به این اهداف. میزان امیدواری بالا با بهزیستی بیشتر (که از ابعاد سلامت معنوی فرد می باشد)، همراه بوده و از طریق تجارب موفقیت آمیز زندگی افزایش می یابد و به واسطه ی تجارب شکست تقلیل می پذیرد (یو و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۸: ۳). نصیری و جوکار (۱۳۸۷: ۱۵۷) نیز طی تحقیقی که در مورد رابطه بین معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان انجام دادند، مشخص کردند که بین معناداری زندگی با امید، شادی و رضایت از زندگی که نشانه های سلامت هستند، همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد. از سوی دیگر امید یک از مقوله های مهم در اسلام است. چنانکه خداوند همواره انسان را به امیدواری و خوش بین بودن به نظام زندگی دعوت کرده و آینده روشنی را برای او ترسیم می نماید، و برعکس یأس و ناامیدی را بسیار قبیح و زشت شمرده و آن را دومین گناه کبیره قلمداد می کند چون سبب یأس از لطف، رحمت و اعتقاد نداشتن به قدرت و کرم بی پایان او می شود. در قرآن کریم آمده است «... مَنْ يَقْنَطُ مِنْ رَحْمَةِ رَبِّهِ إِلَّا الضَّالُّونَ» (سوره مبارکه حجر، آیه شریفه ۵۶) و «... وَلَا تَيَاسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَيْئَسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ» (سوره مبارکه یوسف، آیه شریفه ۸۷). یأس و ناامیدی از مغفرت خداوند، همچنین سبب جرأت بر جمیع گناهان می گردد، زیرا فرد بر این باور است که مورد عذاب قرار نخواهد گرفت پس چرا خود را از لذایذ و شهوات دنیا محروم نماید (عرب نو کندی، ۱۳۸۲: ۳۷). با توجه به این مطالب امیدواری می تواند احساس سلامت را در ابعاد مختلف در انسان پروراند و یأس و ترس را دورگرداند. در همین رابطه امیرالمؤمنین امام علی (ع) می فرمایند: «چگونه بترسم در حالی که تو (خداوند) امید منی؟ و چگونه مقهور شوم، در حالی که تو (خداوند) تکیه گاه منی؟» (نقل از مجلسی، ۱۴۰۴ ه. ق. ۲۲۹). این مسایل می تواند نشانه ارتباط بین دینداری و امیدواری بوده که طی تحقیقات محققین مختلف نشان داده شد که این عوامل می تواند سلامت معنوی را برای فرد ایجاد کرده و زندگی مناسبی را برای او محیا نماید.

در این راستای تحقیقاتی انجام شده، که موارد فوق را تأیید می کند و به شرح زیر می باشد؛

نوال (۲۰۱۰) بیان می کند محققان مختلف نشان داده اند که مداخلات معنوی و مذهبی آگاهانه، در کاهش افسردگی نقش مؤثری دارد. وارد (۲۰۱۰)^{۱۳} نیز که به بررسی رابطه میان مذهبی بودن و مقابله مذهبی در برابر استرس با بهزیستی روان شناختی (افسردگی و

⁹ Krause

¹⁰ Persuasion

¹¹ Pritchett

¹² You & et al

¹³ Ward

اضطراب) پرداخت، نشان داد که جهت گیری مذهبی بیرونی به طور معنی داری میزان افسردگی و اضطراب صفتی و حالتی را پیش بینی می کند [پس عاملی مؤثر بر سلامت می باشد].

مسی (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی جهت گیری مذهبی، خشنودی و سلامت روان پرداخت. نمونه شامل ۲۴۲ دانشجوی کاتولیک بود. نتایج حاکی از آن بود که جهت گیری مذهبی رابطه منفی معنی داری با میزان افسردگی و رابطه مثبت معنی داری با بخشودگی دارد. نلسون و همکاران^{۱۴} (۲۰۰۹) نیز طی تحقیقی نشان دادند که میان مذهبی بودن و افسردگی و همچنین معنویت و افسردگی رابطه منفی معنی داری وجود دارد.

جورج^{۱۵} (۲۰۱۰) در پژوهشی تحت عنوان احساس ذهنی بهزیستی در اواخر عمر نشان داد، که رضایت از زندگی می تواند سبب افزایش شادی و امید در سال های آخر عمر باشد. نتیجه این که بین امیدواری و رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. برونک و همکاران^{۱۶} (۲۰۰۹)، نیز در مطالعه ای رابطه بین هدف، امیدواری و رضایت از زندگی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد مشخص کردن هدف در زندگی (که نشانه های فرد سالم است)، رضایت از زندگی و امیدواری را افزایش می دهد.

در تحقیقات هو، چنگ و چنگ^{۱۷} (۲۰۰۹) بر دانشجویان دانشگاه چینی شاتین، وانگ و لیم^{۱۸} (۲۰۰۹) بر ۳۳۴ دانش آموز دبیرستانی در سنگاپور، مطالعه آلبرتو و جوینر^{۱۹} (۲۰۰۸) بر بیماران مزمن انسداد ریوی، وندرلدن و گریوینگ و دیجکاند^{۲۰} (۲۰۰۶) بر قربانیان بلایای طبیعی، ترنزو و پینتو^{۲۱} (۲۰۰۳) بر زنان مبتلا به سرطان سینه، همچنین اچت و کهن^{۲۲} (۲۰۰۰) بر بیماران مبتلا به سرطان کلیه و افراد میانسال و موحد^{۲۳} (۱۳۸۲) بر دانشجویان دانشگاه شهید چمران، مشخص گردید که رابطه مثبت معناداری بین خوش بینی - که از نظر تحقیقاتی همچون تحقیق عسگری و همکاران (۱۳۸۸) از نشانه های مهم سلامت معنوی است - و امید به زندگی وجود دارد.

کروک^{۲۴} (۲۰۰۸) نشان داد افرادی که از نظر مذهبی و معنویت در سطح بالاتری قرار دارند، سعی می کنند مسایل شان را به شیوه حل مساله و همراه با حمایت اجتماعی مرتفع کنند. در پژوهش های انجام شده توسط بورگونووی^{۲۵} (۲۰۰۸) نیز به ارتباط مثبت بین فعالیت های مذهبی و سلامتی اشاره شده است. کیریز و ریتس^{۲۶} (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی نشان داد هنگامی که هویت مذهبی افزایش می یابد حرمت انسان نیز افزایش یافته و نشانه های افسردگی کاهش می یابند.

پارک، کوهن و هرب^{۲۷} (۲۰۰۶) نیز طی بررسی های خود به نقش تعدیل کننده مذهب بر موقعیت های استرس زا پی بردند. همچنین طبق یافته های کال^{۲۸} (۲۰۰۷)، بین منابع مذهبی و نحوه کنار آمدن با بیماری ها ارتباط وجود دارد و شکل های مختلف مقابله مذهبی با مهارت های مقابله با مشکلات - که خود موجب سلامت معنوی است - ارتباط پیدا می کند.

رودریگز^{۲۸} (۲۰۰۶)، طی تحقیقی نشان داد سبک تبیین و رضایت از زندگی، شادی و امید با هم رابطه معناداری دارند. کسانی

14 . Nelson & et al

15 . George

16 . Bronk & et al

17 . Ho, Cheung & Cheung

18 . Wong & Lim

19 . Alberto & Joyner

20 . Vandervelden, Grievink & Dijkand

21 . Trunzo & Pinto

22 . Achat & Cohen

23 . Krok

24 . Borgonovi

25 . Keyes & Reitzes

26 . Park, Cohen & Herb

27 . Call

28 . Rodriguze

که سبک تبیین مثبت دارند در مجموع شادی و امید و رضایت بیشتری از زندگی دارند، در نتیجه بین امید و رضایت از زندگی سالم رابطه مثبت وجود دارد. کارادمس^{۲۹} (۲۰۰۶)، نشان داد که امیدواری و خوشبینی رابطه مثبتی با احساس ذهنی بهزیستی دارد و امیدواری همچنین می‌تواند پیش‌بینی‌کننده حمایت اجتماعی باشد که این عوامل نشان‌دهنده وجود شرایط مرتبط با سلامت معنوی در فرد می‌باشد.

مزیدی و استوار^{۳۰} (۲۰۰۶) در بررسی اثر دین اسلام و مسیحیت بر سلامت روانی جوانان ایرانی تأثیر معنادار هر دو دین را بر بعد نشانه‌های مرضی گزارش کردند. مورگان، گاستون و ماک^{۳۱} (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای سلامت معنوی، سازگاری مذهبی و کیفیت زندگی زنان آمریکایی آفریقایی تبار که در مرحله درمان سرطان سینه قرار داشتند را مورد بررسی قرار دادند. تحلیل داده‌ها نشان داد که این زنان سازگاری مذهبی مثبت تری داشتند و بین سلامت معنوی و حوزه‌های کیفیت زندگی جسمانی، هیجانی و سلامت عملکرد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

در پژوهشی که گبلر^{۳۲} در سال ۲۰۰۴ انجام داد به بررسی رابطه عبادت و مذهب درونی با سلامت روانی و معنوی پرداخت. نتایج یافته‌ها نشان داد که بین سلامت وجودی و سلامت مذهبی آزمودنی‌ها رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین سلامت معنوی و انگیزه‌های درونی مذهبی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. بین سلامت معنوی و انگیزه‌ی درونی مذهبی با جاذبه عبادت نیز رابطه معناداری به دست آمد.

المر، مک دونالد و فریدمن^{۳۳} (۲۰۰۳) مطالعه‌ای را در مورد ارتباط معنویت و سلامت بررسی کردند و دریافتند که هوش معنوی^{۳۴} باعث می‌شود که میزان بیماری کاهش یافته و طول عمر افزایش یابد. به نظر می‌رسد افرادی که به معنویت تمایل دارند به هنگام مواجهه با آسیب و تروما به درمان بهتر پاسخ می‌دهند و بهتر برخورد می‌کنند و میزان افسردگی کمتری دارند.

- در تحقیقات مختلف محققینی همچون تیلر، دیکرسون و کازینو کلاین^{۳۵} (۲۰۰۲)، پترسن و سلیگمن^{۳۶} (۲۰۰۱)، اسنایدر^{۳۷} (۲۰۰۰) و شیرر، کارور و بریدجس^{۳۸} (۲۰۰۰) معلوم شده بین خوش بینی، امید و سلامت همبستگی معنادار وجود دارد. خوش بینی و امید با شاخص‌های آسیب‌شناختی روانی فعلی شخص و به طور کلی، با افسردگی موجود وی به طور خاص، همبستگی منفی دارد. خوش بینی و امید، سلامت جسمی و روانی را آن‌گونه که با انواع شاخص‌ها، از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن شناختی، کنار آمدن مؤثر و رفتار ارتقا دهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند.

در پژوهش فرینگ، میلر و شاو^{۳۹} (۱۹۹۷) رابطه سلامت معنوی، مذهب، امیدواری، افسردگی و دیگر حالات خلقی با سازگاری سالمندان مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دینداری درونی و سلامت معنوی و امیدواری و دیگر حالات خلقی رابطه مثبت و بین دینداری درونی، افسردگی و دیگر حالات خلقی منفی رابطه منفی وجود دارد. تحلیل واریانس نیز حاکی از وجود رابطه معنی‌دار بین سطوح عالی امیدواری و خلق مثبت بیماران سالمند با سطوح عالی دینداری درونی و سلامت معنوی بود.

29 . Karademas

30 . Mazidi & Ostovar

31 . Morgan, Gaston & Mock

32 . Gabler

33 . Elmer, MacDonald & Friedman

34 . Spiritual Intelligence

35 . Taylor, Dickerson & Cousino Klein

36 . Peterson & Seligman

37 . Snyder

38 . Scheier, Carver & Bridges

39 . Fehring, Miller & Shaw

در ایران نیز محقق و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند دانشجویانی که در عمل به آموزه‌های دینی نمرات بالاتری کسب کردند، در شاخص‌های بیماری، به طور معنی داری نمرات پایین‌تری بدست آوردند. نتایج تحقیق لشنی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که شکرگزاری با عاطفه مثبت، شادکامی و خوش بینی رابطه مثبت معنادار و با عاطفه منفی رابطه منفی و معناداری دارد. منیرپور و خوشفی (۱۳۸۹) نشان دادند که با مثبت شدن نگرش دانشجویان به دین میزان علایم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی کاهش می‌یابد. موسوی و همکاران (۱۳۸۹) نیز در بررسی خود به این نتیجه رسید که بین هویت دینی و ملی با بهزیستی روانشناختی رابطه مستقیم معناداری وجود دارد. از نتایج به دست آمده از تحقیق جانی پژوه و همکاران (۱۳۸۹) می‌توان به رابطه منفی بین افسردگی و باورهای معنوی اشاره کرد. عبادی و همکاران (۱۳۸۸) نیز در تحقیق نشان دادند که مثبت نگری با تاکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز مؤثر می‌باشد. در تحقیق عسگری و همکاران (۱۳۸۸) نشان داده شد که بین اعتقادات مذهبی و خوشبینی با سلامت معنوی رابطه چندگانه معنی داری وجود دارد و هر دو متغیر پیش‌بینی کننده مناسبی برای سلامت معنوی می‌باشند. شریفی و همکاران (۱۳۸۸: ۱۴۲-۱۲۵) نیز طی تحقیق نشان دادند که بین هویت های دینی و ملی با سلامت دانشجویان رابطه چندگانه وجود دارد. جان بزرگی (۱۳۸۶: ۴۵۰-۳۴۵) نیز در پژوهشی به مطالعه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی پرداخت که نتایج نشان داد که بین مذهبی بودن یا مذهب و افسردگی و اضطراب رابطه مستقیم وجود دارد و هرچه جهت‌گیری مذهبی درونی تر می‌شود، افسردگی و اضطراب پایین و سلامت روان بالاتر می‌رود. عسگری و شرف‌الدین (۱۳۸۷) طی تحقیق نشان دادند که بین احساس ذهنی بهزیستی و امیدواری رابطه معنادار وجود دارد و حمایت اجتماعی و امیدواری پیش‌بینی کننده‌های مناسبی برای احساس ذهنی بهزیستی و سلامت هستند.

مبانی نظری

با توجه به مطالب بیان شده در بالا و تحقیقات انجام شده، پژوهش حاضر در پی پاسخ علمی به این پرسش است که «آیا بین باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی در دانشجویان که گروهی جوان و تأثیر گذار بر جامعه‌اند رابطه وجود دارد؟» و «آیا بین این عوامل رابطه چندگانه مؤثری دیده می‌شود و با افزایش یکی از این عوامل دیگری نیز افزایش می‌یابد؟» و از سوی دیگر «آیا می‌توان از وجود باورهای دینی و امید به زندگی به احتمال وجود سلامت معنوی مناسبی در فرد پی برد؟»

فرضیه های پژوهش

- فرضیه اول: بین باورهای مذهبی و سلامت معنوی در دانشجویان رابطه وجود دارد.
- فرضیه دوم: بین امید به زندگی و سلامت معنوی در دانشجویان رابطه وجود دارد.
- فرضیه سوم: بین باورهای مذهبی و امید به زندگی با سلامت معنوی در دانشجویان رابطه چندگانه وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ مشغول به تحصیل بودند. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۲۰۰ نفر دانشجو از جامعه مذکور می‌باشد که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده گردید. بدین ترتیب که در ابتدا فهرستی از دانشکده‌های دانشگاه آزاد واحد اهواز تهیه و از میان هر دانشکده به تناسب فراوانی تعداد دانشجویان دختر و پسر تعداد مناسب انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

الف) **مقیاس سلامت معنوی (SWBS)**^{۴۰}: این مقیاس را پولوتزین و الیسون^{۴۱} در سال ۱۹۸۲ ساختند. این مقیاس ۲۰ پرسش دارد که ۱۰ پرسش آن سلامت وجودی و ۱۰ پرسش سلامت مذهبی را اندازه گیری می کند. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن (۱۲۰-۲۰) در نظر گرفته شده است. پاسخ پرسش‌ها به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد. مطالعات اولیه پایایی درونی آزمون مجدد (۰/۹۹ تا ۰/۷۳) و اعتبار آن را (۰/۹۴ تا ۰/۷۸) گزارش دادند (الیسون و اسمیت، ۱۹۹۱: ۴۲). همچنین ضریب پایایی آزمون مجدد آن ۰/۹۳ (SWB^{۴۲}) و ۰/۹۶ (RWB^{۴۳}) و ۰/۸۶ (EWB^{۴۴}) گزارش شد. نسخه مالایای این مقیاس را امام و همکاران (۲۰۰۹)، نقل از عسگری و همکاران، (۱۳۸۸: ۱۰۲) بر روی ۲۷۸ دانشجوی هنجاریایی نمودند. ضریب پایایی درونی برای کل مقیاس، سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به دست آمد و سلامت معنوی همبستگی مثبت و معنی داری با سلامت مذهبی (۰/۰۰۰۱ < p، ۰/۸۹، r =) و سلامت وجودی (۰/۰۰۰۱ < p، ۰/۹۰، r =) داشت. در پژوهش عسگری و همکاران (۱۳۸۸) نیز به منظور تعیین اعتبار و پایایی مقیاس سلامت معنوی، مقیاس مذکور به طور همزمان با مقیاس سلامت روان SCL25^{۴۵} اجرا شد که ضریب اعتبار همزمان آن با مقیاس سلامت روان SCL25، ۰/۳۱ و ۰/۰۴ < p و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار و پایایی قابل قبول این مقیاس می باشد. در ضمن اعتبار محتوای این مقیاس نیز توسط چند متخصص روانشناسی بررسی و پرسش‌های آن خوب و مرتبط با موضوع ارزیابی گردید.

ب) **مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت**^{۴۶}: آلپورت، جی.^{۴۷} (۱۹۶۷: ۹۳۲) برای اندازه‌گیری جهت گیری مذهبی یک مقیاس ۲۰ گزینه‌ای ساخت و بعد، روانشناسی به نام فگین، اف.^{۴۸} یک نسخه ۲۱ پرسش از روی مقیاس آلپورت، جی. تهیه کرد. برای این پرسش نامه که برحسب مقیاس لیکرت (کاملاً مخالفم، تقریباً مخالفم، تقریباً موافقم، و کاملاً موافقم) تنظیم شده است، در پژوهش بازیگر (۱۳۸۲) ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۵ به دست آمد. برای تعیین اعتبار پرسش نامه یاد شده نیز نمره آن با نمره پرسش نامه تفکر دینداری همبسته شد و مشخص گردید که رابطه معنی داری بین پرسش نامه های مذکور وجود دارد (۰/۰۰۶ < p و ۰/۲۲ = r) (یوسفیان، ۱۳۸۷: ۹۴). در تحقیق حاضر پایایی پرسش نامه باورهای مذهبی آلپورت به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل پرسش نامه برابر ۰/۷۶ می باشد و بیانگر پایایی قابل قبول پرسش نامه یاد شده است.

ج) **پرسش نامه امید به زندگی میلر (MHI)**^{۴۹}: آزمون میلر آزمونی از نوع آزمون‌های شخصیتی است و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا نهان رفتاری در افراد امیدوار و یا ناامید برگزیده شده‌اند (نقل از ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۹). دامنه امتیازات کسب شده در این پرسش نامه از ۰ تا ۴۱ (کاملاً درمانده) تا ۲۰۵ (حداکثر امیدواری) متغیر می‌باشد. حسینی (۱۳۸۷)، نقل از ابوالقاسمی و همکاران، (۱۳۸۹: ۳۹) برای تعیین پایایی پرسش نامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به ترتیب ضرایب آن برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بود. همچنین وی برای تعیین روایی این پرسش نامه از نمره پرسش ملاک استفاده کرد که نمره کل پرسش نامه با نمره پرسش ملاک همبسته شد و

40 . Spiritual Well Being Scale

41 . Paloutzian & Ellison

42 . Spiritual Well Being

43 . Religiose Well Being

44 . Existential Well Being

45 . Symptom Check List-25

46 . Allports Religious Orientation Scale

47 . Allport, J.

48 . Feagin, F.

49 . Miller hopeful Inventory

مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معنی داری وجود دارد ($F=0/61$ و $p<0/0001$). در تحقیق حاضر نیز پایایی پرسش نامه امید به زندگی به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل پرسش نامه برابر $0/92$ می باشد و بیانگر پایایی قابل قبول پرسش نامه یاد شده است.

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی:

جدول شماره ۱- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره باورهای دینی، امید به زندگی و سلامت معنوی دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	تعداد
باورهای دینی	۶۶/۷۴	۱۱/۸۹	۳۶	۱۰۱	۲۰۰
امید به زندگی	۱۷۶/۳۵	۲۵/۰۵	۱۲۴	۲۲۸	۲۰۰
سلامت معنوی	۷۰/۰۷	۱۷/۰۹	۲۷	۱۱۳	۲۰۰

همان طور
شماره ۱
شود میانگین و
در متغیر
برابر است با

۱۱/۸۹، در متغیر امید به زندگی ۱۷۶/۳۵ و ۲۵/۰۵ و همچنین در متغیر سلامت معنوی به ترتیب برابر ۷۰/۰۷ و ۱۷/۰۹ می باشد. در این جدول حداقل و حداکثر نمرات کسب شده در متغیرهای مورد نظر نیز نشان داده شده است.

یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش:

جدول شماره ۲- نتایج همبستگی بین باورهای دینی، امید به زندگی و سلامت معنوی

متغیر/ پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری p	تعداد آزمودنیها
باورهای دینی	سلامت	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۲۰۰
امید به زندگی	معنوی	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۲۰۰

همان طور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است بین باورهای دینی و سلامت معنوی ($r=0/61$ و $p=0/0001$) و بین امید به زندگی و سلامت معنوی ($r=0/59$ و $p=0/0001$) دانشجویان رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بنابراین فرضیه های اول و دوم پژوهش مورد تأیید واقع شد. به عبارت دیگر با افزایش باورهای دینی و امید به زندگی میزان سلامت معنوی نیز افزایش می یابد.

جدول شماره ۳- ضرایب همبستگی چندگانه باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی دانشجویان با روش های:

الف: ورود (Enter) و ب: مرحله ای (Stepwise)

الف	شاخصهای آماری	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین سازگار شده RS	نسبت F احتمال	
				۱	۲
سلامت معنوی	باورهای دینی	۰/۶۱	۰/۵۱	$F=118/95$ $p=0/0001$	$\beta=0/61$ $T=14/354$ $p=0/0001$
	امید به زندگی	۰/۸۰	۰/۶۱	$F=140/31$ $p=0/0001$	$\beta=0/31$ $T=7/390$ $p=0/0001$
ب	شاخصهای آماری	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین سازگار شده RS	نسبت F احتمال	
				۱	۲
سلامت معنوی	باورهای دینی	۰/۶۱	۰/۵۱	$F=118/95$ $p=0/0001$	$\beta=0/61$ $T=14/354$ $p=0/0001$
	امید به زندگی	۰/۸۰	۰/۶۱	$F=140/31$ $p=0/0001$	$\beta=0/31$ $T=7/390$ $p=0/0001$

همان طور که در قسمت «الف» جدول شماره ۳ نشان داده شده است طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود مکرر، ضریب همبستگی چندمتغیری برای ترکیب خطی متغیرهای باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی در سطح $p=0/0001$ برابر با $MR=0/80$ و $RS=0/61$ می باشد. بنابراین فرضیه سوم تأیید شد. به عبارت دیگر بین سلامت معنوی با باورهای دینی و امید به زندگی رابطه چندگانه وجود دارد. با توجه به MR مشخص شد که $0/80$ واریانس سلامت معنوی توسط متغیرهای پیش بین قابل تبیین است. همچنین با توجه به قسمت «ب» جدول مذکور مشاهده می شود که، باورهای دینی و امید به

زندگی به عنوان متغیرهای پیش بین به ترتیب پیش بینی کننده مناسبی برای متغیر ملاک سلامت معنوی می باشند.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس پرسش مطرح شده، این پژوهش به دنبال آن بود که مشخص نماید «آیا بین باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی، رابطه وجود دارد؟»

طبق یافته‌های حاصل از این تحقیق بین باورهای دینی و سلامت معنوی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ($I=0/61$) و $p=0/001$). به عبارت دیگر با افزایش باورهای دینی و استحکام آنها، میزان سلامت معنوی افزایش می‌یابد. بنابراین فرضیه اول تأیید شد.

نتایج حاصل از این فرضیه با یافته‌های تحقیقات نوال (۲۰۱۰)، وارد (۲۰۱۰)، مسی (۲۰۱۰)، نلسون و همکاران (۲۰۰۹)، کروک (۲۰۰۸)، بورگونوی (۲۰۰۸)، کبیرز و ریتس (۲۰۰۷)، کال (۲۰۰۷)، مورگان، گاستون و ماک (۲۰۰۶)، گبلر (۲۰۰۴)، اسمیت و همکاران (۲۰۰۳)، المر، مک دونالد و فریدمن (۲۰۰۳)، محقق و همکاران (۱۳۸۹)، لشنی و همکاران (۱۳۸۹)، منیرپور و خوسفی (۱۳۸۹)، شریفی و همکاران (۱۳۸۸) و جان بزرگی (۱۳۸۶) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان به مدل شناختی مذهب استناد کرد که در آن باورها و نگرش‌های مذهبی و معنوی بر مؤلفه‌های شناختی افراد از جمله تفسیر وقایع، خوش بینی یا بدبینی و نوع تفکرات آنها تأثیر گذاشته و این مؤلفه‌ها نیز از سیستم ایمنی عصبی-روانی بر سلامت و بهداشت جسم، روان و هیجان انسان‌ها تأثیر می‌گذارند و به همین دلیل در دیدگاه‌های دینی آدمی فطرتاً خداجو و خداشناس است (والریت و لاری^{۵۰}، ۱۹۹۵، نقل از پاکیزه، ۱۳۸۷: ۸۱). میز و همکاران^{۵۱} (۲۰۱۰: ۲۰۰۴) نیز در پژوهشی نشان دادند؛ افرادی که معنویت بالاتری داشتند نسبت به آنهایی که معنویت کمتری داشتند سلامتی بهتری را گزارش می‌دادند و نسبت به درمانشان خوش بین تر بودند. بر این اساس عسگری و همکاران (۱۳۸۸: ۱) نیز طی تحقیقی بیان کردند که اعتقاد مذهبی از طریق آرامش و ایمان درونی و خوش بینی همراه با فراهم آوردن اعتماد به نفس بالا، زمینه ساز و عامل مؤثر در سلامت معنوی انسان است. پس، آدمی، با ایمان، توکل و باور مثبت به شناخت بیشتر از خود رسیده و قادر به هماهنگی بین ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی خود می‌باشد و در نهایت به معنا و هدف در زندگی و سلامت معنوی نایل می‌شود. مفهوم سلامت معنوی از مفاهیم پیچیده وابسته به معنویت و مذهب است. سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است که منجر به هدف‌دار شدن و معنادار شدن زندگی می‌شود. این مفهوم از تأکید زندگی بر ارتباط فرد، دیگران، طبیعت و خدا منشاء گرفته است و ساختاری چند بعدی دارد. الیسون (۱۳۸۳: ۳۵) بیان می‌کند که معنویت این امکان را به انسان می‌دهد که همراه با رنج‌های جسمانی به سمت سلامت معنوی حرکت کند، که این خود تأییدی بر یافته فرضیه حاضر مبنی بر رابطه بین باورهای دینی و وجود سلامت معنوی و بهداشت درونی است.

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش بین امید به زندگی و سلامت معنوی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ($I=0/59$) و $p=0/001$). به عبارت دیگر با افزایش میزان امید به زندگی، میزان سلامت معنوی افزایش می‌یابد. بنابراین فرضیه دوم تأیید شد. نتایج حاصل از این فرضیه با یافته‌های تحقیقات جورج (۲۰۱۰)، برونک و همکاران (۲۰۰۹)، هو، چنگ و چنگ (۲۰۱۰)، وانگ و لیم (۲۰۰۹)، البرتو و جوینر (۲۰۰۸)، وندرلدن گریونینگ و دیجکاند (۲۰۰۶)، رودریگز (۲۰۰۶)، کارادمس (۲۰۰۶)، ترنزو و پیتو (۲۰۰۳)، اچت و کهن (۲۰۰۰)، فرینگ، میلر و شاو (۱۹۹۷) و عسگری و شرف الدین (۱۳۸۷) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان چنین استنباط کرد؛ از آنجا که روانشناسی جدید سعی دارد توجه خود را صرفاً به مشکلات روانی

⁵⁰ . Walerit & Lary

⁵¹ . Mays & et al

معطوف نسازد و بیشتر بر جنبه‌های مثبت زندگی تأکید کند و هدف روانشناسی مثبت، سرعت بخشیدن به تغییر مرکز ثقل روان شناسی بوده، به گونه‌ای که علاوه بر پرداختن به ترمیم و مداوای بیماری‌ها، به ساخت کیفیات مثبت زندگی نیز اقدام می‌کند (سلیگمن و سیکزنتمهالی^{۵۲}، ۲۰۰۰: ۶)، از این رو روانشناسان به امید به عنوان یک نقطه قوت روان شناسی مثبت، نگریسته و معتقدند که امید می‌تواند در پرورش و ایجاد سلامت چندجانبه انسانی، از جمله سلامت معنوی و جسمانی کمک شایانی نماید. در همین راستا استاتس^{۵۳} (۱۹۸۶) معتقد است امید دارای دو مؤلفه شناختی و عاطفی می‌باشد که مؤلفه عاطفی آن می‌تواند پیش بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت فردی باشد. این سلامت خود می‌تواند از راه اتکا به قدرت و عدالت و تأثیر این مساله بر امید به دستیابی پاداش‌های عمل صالح و کیفر ظالمان نیز حاصل شود. که خود دلیلی بر ایجاد احساس سلامت معنوی می‌باشد. اسمیت و همکاران (۲۰۰۳: ۱۵) نیز نشان دادند که رشد سلامت معنوی به طور معنی داری با روان-شناسی مثبت و عملکرد اجتماعی رابطه دارد. زمانی که ادراک انسان با مفهوم مثبت از خود همراه شود علاوه بر اینکه در امور عادی یاری دهنده است در کنار آمدن با حوادث تهدید کننده و استرس زا به انسان کمک می‌کند. اعتقاد به باور مثبت مانند خوش بینی بر بیماری و سلامت روانی و جسمانی فرد تأثیر زیادی دارد. عسگری و شرف‌الدین (۱۳۸۷: ۲۵) نیز بیان می‌کنند که یافته‌های پژوهشی مختلف نشان داده است؛ افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردار بودند، عزت نفس زیادت، عملکرد تحصیلی بهتر و تعهد بیشتری به انجام فعالیت‌هایی که به بهداشت و سلامتی بالاتر منجر می‌شوند، نشان می‌دهند، که این تحقیقات خود تأییدی بر یافته فرضیه حاضر در رابطه بین امید به زندگی و سلامت معنوی و درونی می‌باشد.

همچنین طبق یافته‌های حاصل از این پژوهش بین باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی رابطه چندگانه معنی دار وجود دارد. به عبارت دیگر ارتقای اعتقادات مذهبی و دینی و افزایش میزان امید به زندگی، ارتقای سلامت معنوی را در پی خواهد داشت. بنابراین فرضیه سوم تأیید شد.

نتایج حاصل از این فرضیه با یافته‌های تحقیقات جورج (۲۰۱۰)، نووال (۲۰۱۰)، وارد (۲۰۱۰)، مسی (۲۰۱۰)، هو، چنگ و چنگ (۲۰۱۰)، وانگ و لیم (۲۰۰۹)، البرتو و جویز (۲۰۰۸)، کروک (۲۰۰۸)، بورگونوی (۲۰۰۸)، کیبرز و ریتس (۲۰۰۷)، مورگان، گاستون و ماک (۲۰۰۶)، محقق و همکاران (۱۳۸۹)، منریپور و خوسفی (۱۳۸۹)، جانی پژه و همکاران (۱۳۸۹)، عسگری و همکاران (۱۳۸۸)، عبادی و همکاران (۱۳۸۸) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان چنین استنباط کرد؛ از آنجا که فرد دیندار خود را تحت حمایت و لطف همه جانبه خداوند، بزرگترین نیروی موجود می‌بیند، احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. او خداوند را منشأ خیر و برکت می‌داند. بنابراین، در نظر چنین فردی همه رویدادها حتی بلایا و مصائب، نعمت و آزمایشی از جانب خداوند تلقی می‌شوند. او خود را موظف می‌داند که سختی‌هایی را که با قدرت عقل قابل توجه نیستند، با ایمان تحمل نماید تا به تکامل دست یابد. چنین فردی به واسطه ناملايمات و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی‌گردد، زیرا خداوند را حامی خویش می‌داند. او اطمینان دارد که این حوادث و رویدادها گذرا هستند و او پاداش صبر خود را خواهد گرفت (کروز، ۲۰۰۳). اعتقاد مذهبی از طریق ایجاد آرامش و ایمان درونی، امیدواری با فراهم آوردن اعتماد به خود و کوشش بیشتر زمینه ساز و عامل مؤثر در سلامت انسان به ویژه سلامت معنوی هستند. آدمی با ایمان، توکل و باور مثبت به شناخت بیشتر از خود رسیده و قادر به هماهنگی بین ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی خود می‌شود و در نهایت به معنا و هدف در زندگی نایل می‌شود. این عوامل از یک سو امید به زندگی مطلوب را در فرد افزایش داده و از سوی دیگر فرد را به سمت سلامت و بهداشت معنوی در طول حیات می‌برد، این مساله که در نتایج تحقیق افرادی همچون کیبرز و ریتس (۲۰۰۷) و محقق و همکاران (۱۳۸۹) و عسگری و همکاران (۱۳۸۸) نیز دیده

⁵² . Seligman & Csikszentmihalyi

⁵³ . Staats

می‌شود، نشان دهنده ارتباط چندگانه و مؤثر بین باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی می‌باشد و تأییدی بر یافته حاضر در فرضیه سوم می‌باشد.

منابع

۱. قرآن مجید
۲. ابوالقاسمی، شهنام، ساعدی، سارا، موری نجف آبادی، ندا (۱۳۸۹) بررسی اثربخشی تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر میزان افسردگی، اضطراب و امیدواری زنان مبتلا به سرطان بیمارستان شفا اهواز، فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال دوم، شماره پنجم.
۳. اسدی نوقانی، احمد علیث، امید، شیدا، حاجی آقا جانی، سعید (۱۳۸۴) روان پرستاری، چاپ اول، تهران، انتشارات بشری.
۴. امیدواری، سپیده (۱۳۸۵) سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش ها، فصلنامه تخصصی پژوهش های میان رشته ای قرآنی، سال اول، شماره اول.
۵. بازیگر، لیلا (۱۳۸۲) رابطه بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان با طول مدت بهبودی بیماران بستری شده بیمارستان طالقانی اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
۶. پاکیزه، علی (۱۳۸۷) بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان و تأثیر فعال سازی مفهوم معنویت بر آن، مقاله ارائه شده در چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
۷. پریچت، پرایس (۲۰۰۴) خوش بینی پایدار: پرورش توانایی های عمیق برای مدیریت عدم اطمینان، فرصت، گرفتاری و تغییر ترجمه مهربانو عنقایی (۱۳۸۴)، چاپ اول، تهران، انتشارات به تدبیر.
۸. جان بزرگی، مسعود، نوری، ناهید (۱۳۸۲) جهت گیری مذهبی و سلامت روان، پژوهش در پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، دوره ۳۱، شماره ۴.
۹. جانی پژوه، محمدرضا، شریفی، احسان، سجادیان، پریناز، خوزدانی، بهناز (۱۳۸۹) رابطه معنویت با سلامت روان در دانشجویان، ارائه شده در پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه ایران.
۱۰. حیدری، علیرضا، احتشام زاده، پروین، مرعشی، ماندانا (۱۳۸۹) رابطه شدت بی خوابی، کیفیت خواب، خواب آلودگی و اختلال در سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران، فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال اول، شماره چهارم.
۱۱. سید فاطمی، نعیمه، رضایی، محبوبه، گیوری، اعظم و حسینی، فاطمه (۱۳۸۵) اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان، فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره ۴.
۱۲. شریفی، طیبه، شکر کن، حسین، احدی، حسن، مظاهری، محمد مهدی (۱۳۸۸) بررسی رابطه بین هویت های دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان، فصلنامه علمی پژوهشی یافته های نو در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال چهارم، شماره ۱۱.
۱۳. عبادی، ندا، سودانی، منصور، فقیهی، علینقی، حسین پور، محمد (۱۳۸۸) بررسی اثربخشی آموزش مثبت نگری با تأکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز، فصلنامه علمی پژوهشی یافته های نو در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال چهارم، شماره ۱۰.
۱۴. عرب نو کندی، رحمت الله (۱۳۸۲) کلید سعادت، قم، انتشارات عصر رسانه.
۱۵. عسگری، پرویز، روشنی، خدیجه، مهری آدریانی، مریم (۱۳۸۸) رابطه اعتقادات مذهبی و خوش بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، طرح پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی- واحد اهواز.
۱۶. عسگری، پرویز، شرف الدین، هدا (۱۳۸۷) رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان، فصلنامه علمی پژوهشی یافته های نو در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال چهارم، شماره ۹.
۱۷. لشنی، زینب، شعیری، محمدرضا، اصغری مقدم، محمد علی (۱۳۸۹). رابطه شکرگزاری با عاطفه مثبت و منفی، شادکامی و خوش بینی دانشجویان، ارائه شده در پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه ایران.
۱۸. مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴ ه. ق.). بحار الانوار، ج ۹۱.

۱۹. محقق، حسین، محقق، نسرين، يعقوبی، ابوالقاسم (۱۳۸۹) رابطه التزام عملی آموزه‌های اسلامی با بهداشت روانی دانشجویان علوم اجتماعی دانشگاه بوعلی سینای همدان. ارایه شده در پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه ایران.
۲۰. منصور نژاد، زهرا، کجیاف، محمدباقر، کیانی، فریبا، پورسید، سید رضا (۱۳۸۹) بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی (درونی، بیرونی) و جنسیت با اضطراب مرگ در بین دانشجویان، فصلنامه علمی پژوهشی یافته‌های نو در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال پنجم، شماره ۱۵، ص ۱۴۳-۱۳۵.
۲۱. منیرپور، نادر، خوسفی، هلن (۱۳۸۹) نقش نگرش‌های مذهبی و مقابله مذهبی را در پیش‌بینی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷، ارایه شده در پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه ایران.
۲۲. موحد ابطحی، حسن (۱۳۸۷) ضرورت‌های سلامت روان، تهران، انتشارات رشد.
۲۳. موحد، احمد (۱۳۸۲) بررسی رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوش‌بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.
۲۴. موسوی، رقیه، روشن، رسول، اکبری زردخانه‌ای، سعید (۱۳۸۹) بررسی رابطه ابعاد هویت (روان‌شناختی، ملی و دینی) با بهزیستی روان‌شناختی در بین دانشجویان شاهد و غیر شاهد، ارایه شده در پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه ایران.
۲۵. میلانی فر، بهروز (۱۳۷۰) بهداشت روانی، نشر قومس، تهران.
۲۶. نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰). ساخت و اعتبار یابی SCL-25 (فرم کوتاه شده SCL-90-R) مجله روانشناسی، سال پنجم، شماره ۲.
۲۷. نصیری، حبیب‌اله، جوکار، بهرام (۱۳۸۷) معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان، پژوهش زنان، دوره ۶، شماره ۲.
۲۸. یوسفیان، فرزانه (۱۳۸۷) تأثیر آموزش شیوه‌های تربیتی سیره عملی پیامبر اکرم، بر تفکر دینداری، اعتقادات و باورهای مذهبی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

29. Achat, H. & Cohen, L. (2000). optimism and depression as prediction of physical and mental health functioning: the Normative Aging Study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol 22.
30. Alberto, J. & Joyner, B. (2008). Hope, optimism, and self-care among Better Breathers Support Group members with chronic obstructive pulmonary disease. *Applied Nursing Research*, Vol. 21, I. 4.
31. Allport, G. W. (1967). Personal Religious Orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 932-443. (Reprinted in Allport, 1968).
32. Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine*, 66(11).
33. Bronk, K. C., Hill, P.L., Lapsley, D.K., Talib, T.L., Finch, H. (2009). Purpose, hope, and Life Satisfaction in three age groups. *Journal of positive psychology*, pages 500- 510. Vol 4(b).
34. Call, T.L. (2007). The role of religious resources for older adults coping with illness. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 57(2).
35. Ellison C. W. & Smith J. (1991). Toward an integrative measure of health and well-being. *Biola University*, 19(1).
36. Elmer, L., MacDonald, D., & Friedman, H. (2003). Transpersonal psychology, physical health, and mental health: Theory, research and practice. *Humanistic Psychology*, 31.
37. Fehring, R.J., Miller, J.F., Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. Marquette University in Milwaukee, WI, USA. available from: <http://www.pubmed.gov>.
38. Gabler, W.M. (2004). The Relationship of Prayer and Internal Religiosity to Mental and Spiritual Well-being. Master thesis, University of Wisconsin-Stout.
39. George, L. K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in Later Life. *Journal of Gerontology: Social sciences*, 65 (3).
40. Ho, M. Y., Cheung, F. M. & Cheung, S. F. (2009). The role of meaning in life and optimism in

promoting well-being. The Chinese University of Hong Kong: Shatin, University of Macau, China.

41. Jane, W., Jennie, N. (2000). Health Promotion Foundation for Practice. second Edition, Harcourt Published.

42. Karademas, E. C. (2006). Self – efficacy, social support and well-being The mediating role of optimism, hope. *Personality and Individual differences* 40.

43. Keyes, C. L. M., & Reitzes, D. C. (2007). The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults. *Aging & Mental Health*, 11.

44. Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective wellbeing in late life. *The journal of Gerontology*, 58.

45. Krok, D. (2008). The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*.

46. Linda, M. & Kevin, K. (1994). Research on the demography of aging in developing countries. Demography of aging. national academy press washing.

47. Mays V.M., Kilpatrick, R., Cochran, S.D. & Calzo, J.P. (2004). 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.

48. Mazidi, M., & Ostovar, S. (2006). Religion and spirituality. *Perceptual & Motor Skills*, 103.

49. Messay, B. (2010). The relationship between quest religious orientation, forgiveness and mental health. Master thesis, University of Dayton.

50. Moodley, T. (2008). The Relationship Between Coping and Spiritual. Doctoral dissertation (Child Psychology), University of the Free State Bloemfontein.

51. Morgan, P.D, Gaston, J & Mock, V. (2006). 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, 17(2).

52. Nelson, C. J., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W. & Roth, A. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Ann Behav Med*, 38.

53. Nuval, J. A. (2010). The relationship of with intrinsic and extrinsic components of religiosity in the older adult female. Ph.D. dissertation, Indiana state University, Terre Haute, Indiana.

54. Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W., (1982). Spiritual well-being scale. In P. C. Hill & R. W. Hood (Eds.), *Measures of religiosity* (p. 382-385). Birmingham, AL: Religious Education Press.

55. Park, C. Cohen, L.H. & Herb, L. (2006) Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59 (3).

56. Peterson, C. & Seligman, M. (2001). Values in Action (VIA) classification of strengths.

<http://www.positivepsychology.org/taxonomy.htm>.

57. Rodriguze, D., (2006). Colombian happiness, hope on interdisciplinary look at the correlation between explanatory style, cultural and satisfaction. *Journal of personality and social psychology*, 52.

58. Scheier, M.; Carver, C. & Bridges, M. (2000). Optimism, pessimism and psychological well-being. In E. Chang (ed.), *optimism and pessimism: Theory, Research and Practice*. Washington, DC: American Psychology Association.

59. Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An Introduction*. American Psychologist, 55.

60. Smith, F.T., Hardman, R.K., Richards, P. S., Fischer, L. (2003). Intrinsic religiousness and spiritual well-being as predictors of treatment outcome among women with eating disorders. Department of counseling psychology, Brigham young university, Vol. 11, No. 1.

61. Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope*. Orlando FL: Academic Press.

62. Staats, Sara. (1986). Hope expected positive affect in an Adult sample. *Journal of Genetic Psychology*. 148(3).

63. Taylor, S.; Dickerson, S. & Cousino Klein, L. (2002). Toward a biology of social support. In C. R. Snyder and S. Lopez. (eds), *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.

64. Trunzo, J. J. & Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71.

65. Vandervelden, R. J.; Grievink, K. L. & Dijkand, D. (2006). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and comparsion group: A prospective study. *Journal of affective disorders*.

66. Ward, A. M. (2010). The relationship between religiosity and religious coping to stress reactivity and psychological well-being. Ph.D. dissertation, Georgia state University.

67. Wong, S. & Lim, T.(2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. Psychological Studies Academic Group, National Institute of Education, Nan yang Technological University, 1 Nan yang Walk, Singapore 637616, Republic of Singapore.

You, S., Furlong, M. J. Felix, E., Sharkey, J. D., & Tanigawa, D. (2008). Relations among school connectedness, hope, life satisfaction, and bully victimization. *Psychology in the schools*, vol. 45(5).