

پیش بینی کیفیت زندگی و ابعاد بهزیستی معنوی دانشجویان بر اساس مولفه اسلامی تواضع و تکبر

محمد آهنگرکانی^۱

محمد هزاوه ای^۲

سامان کمری^{۳*}

رقیبه زارعی^۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین پیش بینی کیفیت زندگی و ابعاد بهزیستی معنوی دانشجویان بر اساس مولفه اسلامی تواضع و تکبر بود. این مطالعه از نوع همبستگی بود که تعداد ۲۸۰ نفر از دانشجویان دانشگاه مازندران به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL)، مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS) و مقیاس اسلامی تکبر و تواضع (HAIS) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی، تحلیل رگرسیون گام به گام و تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین مولفه تواضع/تکبر با هر دو بعد بهزیستی معنوی (وجودی و مذهبی) رابطه معنی داری وجود داشت ($P > 0/01$) به طوری که از بین مولفه‌های تواضع مولفه‌های معرفت دینی، عزت نفس، خودبستگی و پذیرش دیگران به طور معناداری بهزیستی معنوی دانشجویان را پیش بینی می‌کند. همچنین بین مولفه تواضع با کیفیت زندگی دانشجویان رابطه معنی دار وجود داشت ($P > 0/01$) به طوری که مولفه‌های عزت نفس، خودبستگی و معرفت دینی کیفیت زندگی دانشجویان را پیش بینی می‌کند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تنها در بهزیستی مذهبی ($P > 0/03$) و عزت نفس ($P > 0/01$) بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود داشت. به طور کلی با شناخت عوامل شخصیتی دانشجویان، برجسته سازی مذهب و معنویت در زندگی آنها می‌توان به درک و ارتقاء بهزیستی و افزایش کیفیت زندگی دانشجویان کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، بهزیستی معنوی، تواضع و تکبر.

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی دانشگاه سمنان

۲. کارشناسی ارشد الهیات دانشگاه اراک

۳. دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول). Kamari.saman@yahoo.com

۴. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد مرودشت.

مقدمه

دانشجویان قشر وسیعی از جمعیت فعال یک کشور را تشکیل می‌دهند. در همه‌ی کشورهای دنیا، مسائل دانشگاهی و مشکلات دانشجویی دامنه وسیعی به خود گرفته و به نظر می‌رسد عوامل مختلفی سلامت آنها را به خطر می‌اندازد. این عوامل می‌تواند ترکیبی از محرک‌های درونی مانند شخصیت باشد که زمینه ساز شکست و تسلیم فرد را در برابر مشکلات دانست یا عوامل بیرونی مانند تنیدگی‌های محیطی به طوری که این عوامل می‌تواند موجب شکست تحصیلی، اعتیاد و سوء مصرف مواد، مشکلات روانی و حتی ترک تحصیل دانشجویان شود. بنابراین دانشجویان در مواجهه با این تنیدگی‌ها از روش مقابله‌ای متعدد نظیر اجتناب از فشار، جستجوی حمایت اجتماعی و یا روی آوردن به مذهب و انجام مناسک مذهبی و یا روش‌های مقابله‌ای منفی نظیر مواد مخدر و یا الکل روی می‌آورند (صفایی راد، کریمی، شموسی و احمدی طهور، ۱۳۸۹). برخی محققان به نقش عاطفه، احساسات و هیجانات به عنوان راهبرد مقابله‌ای توجه کردند. به طوری که آنها دریافتند که هیجانات مثبت بر موفقیت‌ها و عملکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی اثر دارد یکی از این هیجاناتی که به پشتوانه منطبق باعث تداوم و تقویت در عملکرد افراد می‌شود معنویت^۱ و بهزیستی معنوی است (سوربھی و بروس،^۲ ۲۰۱۳). بهزیستی معنوی، حالتی از سلامتی است که بیانگر احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت از ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و موجودی برتر است (گومز و فیشر،^۳ ۲۰۰۳). بهزیستی معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین افراد فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (اله بخشیان، جعفرپورعلوی، پرویزی و حقانی، ۱۳۸۹). بهزیستی معنوی سازه‌ای است که از تلفیق دو مفهوم سلامت و معنویت بوجود می‌آید. در زمینه معنویت، متخصصین قائل به دو بعد از معنویت هستند که اولین بعد آن شامل معنویت مذهبی است که اشاره به این دارد که فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به طریق مذهبی استفاده می‌کند و دومین بعد آن نیز معنویت وجودی است که به تجربیات روانشناختی هر فرد بدون وجود مقدس یا واقعیت غایی اشاره دارد (هارتز،^۴ ۲۰۰۵) که از تلفیق این دو بعد مفهوم بهزیستی معنوی حاصل می‌شود که می‌توان آن را به حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (هاوکس، هال، تالمن و ریچینز،^۵ ۱۹۹۵). همچنین عده‌ای دیگر بهزیستی معنوی را یک سازه چند بعدی در نظر می‌گیرند که ابعاد آن را بعد عمودی و افقی می‌داند. بعد عمودی آن را مرتبط با خدا و بعد افقی آن را به احساس هدفمندی

1. Spirituality
2. Surbhi, & Bruce
3. Gomez, & Fisher
4. Hartz
5. Hawks, Hull, Thalman, & Richins

در زندگی و رضایت از آن بدون در نظر گرفتن مذهب خاص در نظر می‌گیرد (الیسون^۱، ۱۹۸۳؛ جعفری، حاجلو، فغانی و خزان، ۱۳۹۱).

نتایج مطالعه در مورد بهزیستی معنوی نشان داده است که افراد واجد این ویژگی، شیوه زندگی سالم‌تری دارند، امیدوارتر هستند و از ثبات روانی و رضایت از زندگی بیشتری برخوردارند (شهیدی و حمدیه، ۱۳۸۱؛ نیوپورت^۲، ۲۰۰۶). متخصصین معتقدند که اعمال معنوی برای افراد معنی و حمایت عاطفی در برابر مشکلات فراهم می‌کند (تورسن و هاریس^۳، ۲۰۰۲ و جوزویاک^۴، ۲۰۰۷) به طوری که برخی‌ها از اعمال معنوی یا مقابله‌ی مذهبی - معنوی به عنوان یک مکانیزم ضربه‌گیر در برابر عوامل خطرزای مربوط به بیماری‌های روانشناختی نظیر اضطراب و افسردگی استفاده می‌کنند (بلازر^۵، ۲۰۰۳). همچنین مطالعات متعدد در زمینه بهزیستی معنوی حاکی از آن است که بهزیستی معنوی کارکرد روانی و سازگاری افراد را تقویت کرده و سلامت روانی به ارمغان می‌آورد. در واقع تحقیقات نشان داده است که بین بهزیستی معنوی با سلامت روان در بین دانشجویان و اعمال مذهبی، عزت نفس، جهت‌گیری مذهبی درونی، بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و رضایت زندگی ارتباط مثبت و معناداری دارد (پاول، شهابی و تورسن^۶، ۲۰۰۳ و وورثینگتون، وید، های، ریپلای، مک کالوف، بری و همکاران^۷، ۲۰۰۳). همچنین نتایج تحقیقات دیگر نشان داد که بین این مولفه با شکایات جسمی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و آشفتگی خلق و استرس ارتباط منفی مشاهده شده است (جعفری، نحفی، سهرابی، دهشیری، سلیمانی و هشتمی، ۲۰۱۰؛ جعفری و همکاران، ۱۳۹۱؛ حسین دخت، فتحی آشتیانی و تقی زاده، ۱۳۹۲؛ تورسن و هاریس، ۲۰۰۲؛ وورثینگتون و همکاران، ۲۰۰۳؛ جوزویاک، ۲۰۰۷؛ نیوپورت، ۲۰۱۰).

یکی دیگر از شاخص‌های اساسی که در قرن ۲۱ خصوصاً با ظهور روانشناسی مثبت^۸ نظر صاحب‌نظران و محققین را به خود جلب کرده است مفهوم کیفیت زندگی است که به تأمین سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مندی آنها از یک زندگی سالم اشاره دارد (احمدی‌گتاب، ۲۰۱۱؛ هیگرتی و همکاران^۹، ۲۰۱۰؛ کوواست، ۲۰۰۱). پژوهشگران معتقدند علاوه بر سلامت روان، یکی دیگر از شاخص‌های پیشرفت بهداشت روانی و جسمانی یک جامعه، کیفیت زندگی افراد بوده و در برگیرنده مهم‌ترین عواملی است که شرایط زندگی در جامعه و رفاه شخصی افراد

-
1. Ellison
 2. Newport
 3. Thoresen, & Harris
 4. Jozwiak
 5. Blazer
 6. Powell, Shahabi, & Thoresen
 7. Worthington, Wade, High, Ripley, McCullough, Berry, & et al.
 8. Positive Psychology
 9. Hegarty & et al

را تعیین می‌کند (لوک، لانگفور، فیلداستاد، فیلداستاد، شانک، نیکل، و همکاران^۱، ۲۰۰۶؛ آرمسترونک، ریمن اشنایدر و آلن^۲، ۲۰۰۷؛ رتینام و اسمیل^۳، ۲۰۰۸؛ روزنبرگ، فریبک و لاورنس^۴، ۱۹۹۹؛ ژیا، ژاک و تامپسون^۵، ۲۰۱۱).

کیفیت زندگی را به عنوان مهم‌ترین مفهوم در سلامت یا بهداشت روانی در نظر می‌گیرند. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را مفهومی مشتمل بر ابعاد سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می‌دانند. همچنین آنها عقیده دارند که این نظام ادراکی و باوری بر وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات او تأثیر می‌گذارد (احمدی گناب، ۲۰۱۱؛ محمودی، زهراکار و شعبانی، ۱۳۹۲). با ظهور روانشناسی مثبت، تأکید بر سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مندی از یک زندگی سالم خصوصاً تأکید بر مفهوم کیفیت زندگی نیز بیشتر شده است (هگرتی، کامینز و فریس^۶، ۲۰۰۱). در سال‌های اخیر کیفیت زندگی یک مسئله مهم در رشته‌های مختلف نظیر روانشناسی، علم اقتصاد، پزشکی و علوم اجتماعی محسوب می‌شود (کوستانزا، فیشر، علی، بیر، باند، باومنس و همکاران^۷، ۲۰۰۷). در زمینه اهمیت کیفیت زندگی در زندگی دانشجویان می‌توان گفت که کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با سلامت عمومی دانشجویان دارد به طوری که از آن به عنوان پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانی و زمینه ساز کسب مهارت زندگی می‌دانند (مالکوک، ۲۰۱۱؛ احمدی گناب، شایان، مدیزاده و طاهری، ۲۰۱۱ و لهتو، ۲۰۰۵). امروزه با گسترش ناهنجاری‌های رفتاری و اخلاقی، استفاده از آموزه‌های دینی در فرایند مشاوره و روان‌درمانی، توجه روانشناسان بسیاری را به خود جلب کرده به طوری که مطالعات زیادی را در این زمینه صورت گرفته است (ولی زاده و آذربایجانی، ۱۳۸۹). مباحث اخلاقی، از مهم‌ترین خاستگاه‌های پژوهش‌های روانشناختی در اسلام است. در این میان، ویژگی‌هایی که موجب اختلال در کارکرد فردی، اجتماعی و شغلی می‌شوند و گاه حتی سلامت جسمی و روانی وی را به خطر می‌اندازند (رذایل اخلاقی) و ویژگی‌هایی که موجب ارتقاء سطح سلامت روانی و جسمی شده، سازگاری اجتماعی و موفقیت‌های شغلی فرد را تقویت خواهد نمود (فضایل اخلاقی) اهمیت ویژه‌ای دارند که از جمله آن می‌توان تکبر و تواضع را نام برد. محققین برای مقیاس تکبر/ تواضع نیز قائل به ۴ مولفه هستند که عبارتند از ۱- پذیرش دیگران، ۲- هیجان و معرفت دینی، ۳- احساس حقارت و خودسرزنش‌گری و ۴- نیاز به تایید اجتماعی (هراتیان، آگاه هریس و موسوی، ۱۳۹۲). بیش از دو دهه است که تواضع به عنوان یک ویژگی مهم و نیرومند شخصیتی مورد پذیرش واقع شده است (الیوت،

1. Luke , Longfor, Fieldstad, Fieldstad, Schank, Nickel, Montgomery, & Gardner

2. Armstrong , Riemenschneider & Allen

3. Rethinam & Ismail

4. Rosenberg, Fryback, & Lawrence

5. Jia, Zack & Thompson

6. Hagerty, Cummins, & Ferriss

7. Costanza, Fisher, Ali, Beer, Bond, Boumans & et al.

۲۰۱۰). اولین قدم‌ها در بررسی فضیلت‌های اخلاقی در روانشناسی شخصیت و رویکرد رگه‌ها (صفات) برداشته شده است. در این راستا کاستا و مک‌گری پرسش‌نامه خودسنجی ویژگی‌های شخصیتی NEO را در مدل پنج‌عاملی تهیه نمودند که تواضع، یکی از صفات عامل چهارم (موافق بودن) را تشکیل می‌داد (اکبری و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). سلیگمن نیز به عنوان سردمدار روانشناسی مثبت، ۶ دسته فضیلت انسانی را بر می‌شمرد که تواضع را در این شش دسته قرار می‌دهد. این ۶ دسته عبارتند از حکمت و دانش، شجاعت، عشق و انسانیت، عدالت و معنویت و تعالی، فروتنی و تواضع، در کنار دوراندیشی و خودمهاری از جمله عواملی هستند که فضیلت اعتدال را بوجود می‌آورد (سلیگمن، ۲۰۰۲). در سال‌های اخیر، روانشناسی اخلاق و رویکرد روانشناسی مثبت نیز عهده دار تحقیق در زمینه اخلاق شده‌اند و به دستاوردهایی نیز نایل گشته‌اند (داویس، وورثینگتون و هوک، ۲۰۱۰). اما این تلاش‌ها صرفاً معطوف به برخی ویژگی‌های مثبت اخلاقی یعنی فضایل بوده و ویژگی‌های منفی و رذایل اخلاقی، هنوز جایگاه مناسب خود را در روانشناسی نیافته است. در دنیا پژوهش و مطالعاتی تجربی منسجم در رابطه با تواضع/تکبر به صورت مستقیم به دلیل نبود مقیاسی با اعتبار و روایی قوی صورت نگرفته است (رووات، ۲۰۰۲، الیوت، ۲۰۱۰). اما با این حال مطالعه علمی درباره تواضع (در غرب) هنوز در مراحل ابتدایی است. مطالعاتی که بتواند ارتباط بین متغیرهای پژوهش را بررسی کند یافت نشده است. بررسی ادبیات تجربی ملل‌های گذشته، تنها منجر به تعداد اندکی مطالعات تحقیقاتی درباره این سازه شده است (تانگنی، ۲۰۰۲). به طوری که مطالعه کروز (۲۰۱۴) در زمینه‌ی کشف ارتباط بین مولفه تواضع با تعاملات منفی در مراسم مذهبی (کلیسا) و عاطفه‌ی افسرده نشان داد که بین مولفه تواضع با مولفه‌های تعامل منفی و خلق افسرده رابطه منفی و معناداری وجود دارد به عبارتی مولفه تواضع با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد. همچنین نتایج مطالعه سیلوا، کافمن، پالمون و وایجرت^۱ (۲۰۱۱) نشان داد که مولفه تواضع با خلاقیت افراد رابطه منفی دارد. به طوریکه هرچه افراد تواضع کمتری داشته باشند نمره آنها در خلاقیت بالاتر می‌رود. از طرفی نتایج آنها با مطالعات قبلی در مورد اینکه در افراد خلاق ویژگی‌هایی نظیر تکبر و خودنمایی به وفور دیده می‌شود سازگار است. در ایران نیز برای اولین بار مطالعات در زمینه تواضع/تکبر توسط هراتیان و همکاران (۱۳۹۲) انجام شده است که موفق به ساخت مقیاس تکبر/تواضع متناسب با متون اسلامی شدند اما مطالعات تجربی تاکنون انجام نیافته است.

با توجه به اهمیت دو سازه‌ی بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی در ارتقاء سلامت روانی افراد و اینکه برای تعیین نیازهای حیطة سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، باید کیفیت زندگی آنها را در تمام ابعاد مورد بررسی قرار داد و همچنین با توجه به دوران پر فشار و آسیب‌پذیر دانشجویی و اینکه پژوهش‌های اندکی در زمینه‌ی عوامل شخصی و فردی موثر نظیر تواضع و تکبر بر سلامت روانشناختی دانشجویان در کشور صورت گرفته است، پژوهش حاضر در این حوزه

1. Rowatt

2. Silva, Kaufman, Palmon, & Wigert

که ارتباط بین عوامل شخصی تواضع/ تکبر را بر متغیرهای روانشناختی را مورد بررسی قرار دهد، حائز اهمیت است بدین منظور پژوهش حاضر با هدف شناسایی و ارتباط عوامل شخصیتی تواضع/ تکبر را بر بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی دانشجویان مورد بررسی قرار می‌دهد.

روش

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه مازندران می‌باشد و نمونه پژوهش شامل ۲۸۰ دانشجوی دانشگاه مازندران می‌باشد (به ازای هر متغیر پیش بین ۵۰ نفر) که به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که در مرحله اول نمونه گیری، از بین دانشکده‌های مختلف ۴ دانشکده به صورت تصادفی جهت اجرای پژوهش برگزیده شدند. در مرحله دوم نمونه گیری، از هر دانشکده ۸۰ پرسشنامه توزیع شده و نمونه پژوهش (بر حسب پرسشنامه تکمیل شده) انتخاب شدند. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های ذیل استفاده شده است.

الف) مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS)

این پرسشنامه توسط پالوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساخته شده و ۲۰ سوال و دو خرده مقیاس را در بر می‌گیرد. پاسخگویی به سوال‌ها بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره گذاری می‌شود. با نمره گذاری مقیاس مذکور ۳ نمره بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل بهزیستی معنوی بدست می‌آید. پالوتزین و الیسون ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل مقیاس به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۸۶ و ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ آن به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس بهزیستی معنوی ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌های بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد (دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی، ۱۳۸۷). از طرفی واحدی و غنی زاده (۱۳۸۸) در پژوهش خود پایایی درونی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای دو عامل بهزیستی مذهبی و وجودی برابر با ۰/۸۷ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند.

ب) مقیاس اسلامی تکبر و تواضع (HAIS)

این پرسشنامه توسط هراتیان و همکاران (۱۳۹۲) بر اساس قرآن کریم و روایات پیامبر و اهل بیت به منظور سنجش رذیله اخلاقی تکبر و فضیلت اخلاقی تواضع تدوین شده است. در این مقیاس ۴ نوع مقیاس عدم پذیرش/ پذیرش دیگران؛ هیجان و معرفت دینی؛ احساس حقارت/ عزت نفس؛ نیاز به تأیید اجتماعی/ خودبستگی سنجیده می‌شود. عامل عدم پذیرش/ پذیرش دیگران شامل ۶ گویه و عامل‌های هیجان/ معرفت دینی، احساس حقارت/ عزت نفس و نیاز به تأیید اجتماعی/ خودبستگی به ترتیب دارای ۴، ۱۰، ۳ گویه است. در مجموع برای ارزیابی ۴ عامل در این پرسشنامه از ۲۳ گویه استفاده شده است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم ارزیابی می‌شود. برای بررسی روایی این مقیاس از

روش روایی محتوایی (نظر کارشناسان) و تحلیل عاملی (اکتشافی و تاییدی) استفاده شد. میزان ۹۴/۳۸ درصدی موافقت کارشناسان و معناداری ضریب تطابق کندال، گویای قوت روایی محتوای مقیاس بوده، برای بررسی اعتبار مقیاس، از روش ضریب بازآزمایی، اعتبار درونی به وسیله آلفای کرونباخ و دونیمه کردن استفاده شد. ضریب بازآزمایی ۰/۸۵، آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ضریب دو نیمه سازی ۰/۷۸ نشانگر اعتبار قوی این مقیاس است. در پژوهش حاضر نیز پایایی درونی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای ۴ عامل پذیرش / عدم پذیرش؛ معرفت / هیجان دینی؛ احساس حقارات / عزت نفس و خودبستگی / نیاز به تایید اجتماعی به ترتیب برابر ۰/۸۲، ۰/۸۷، ۰/۸۰ و ۰/۸۲ می‌باشد.

ج) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL)

فرم کوتاه این مقیاس در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، سلامت محیطی را می‌سنجد. پاسخ به سوالات به صورت لیکرتی و به صورت ۵ گزینه‌ای می‌باشد. در پایان مجموع کل نمره‌های این پرسشنامه به صورت ۰-۱۰۰ در نظر گرفته می‌شود که امتیازهای بالا نشان از کیفیت زندگی بالا و نمره‌های پایین نمایانگر کیفیت زندگی پایین می‌باشد. این مقیاس در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد و مجدزاده، ۱۳۸۵ هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ بدست آورده‌اند. ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کردند. نصیری و همکاران (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ بدست آوردند. در پژوهش فتنی‌آشتیانی (۱۳۸۸) میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آمد.

یافته‌ها

از بین ۳۲۰ پرسشنامه توزیع شده بین آزمودنی ۲۸۰ مورد تکمیل شد که مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از نظر جنسیت ۴۶ درصد افراد نمونه را مردان و ۵۴ درصد افراد نمونه را نیز زنان تشکیل دادند. میانگین سنی آزمودنی‌ها نیز ۲۲/۶ و انحراف معیار ۲/۴ می‌باشد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار مولفه بهزیستی معنوی، کیفیت زندگی و تواضع / تکبر را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مولفه بهزیستی معنوی، کیفیت زندگی و تواضع / تکبر

متغیر	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی مذهبی	۳۴/۹۲	۳/۳۰
بهزیستی وجودی	۳۶/۲۰	۴/۵۲
کیفیت زندگی	۹۵/۱	۱۵/۱
تواضع / تکبر	۸۵/۴	۵/۶

برای بررسی توزیع نرمال هر یک از متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرونوف استفاده شد. با توجه به اینکه مقدار Z کولموگروف-اسمیرونوف در تمامی متغیرهای موجود بین ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- قرار داشت، از این رو می توان گفت که توزیع نمرات کلیه متغیرها مورد مطالعه دارای شکل نرمال است.

به منظور بررسی رابطه بین ابعاد تواضع و ابعاد بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آزمون آماری در جدول شماره ۲ مشاهده می شود.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای بهزیستی معنوی، کیفیت زندگی و تواضع/ تکبر

متغیرها	بهزیستی مذهبی	بهزیستی وجودی	کیفیت زندگی	معرفت دینی عزت نفس خودبستگی	پذیرش دیگران
بهزیستی مذهبی	۱				
بهزیستی وجودی	۰/۵۱*	۱			
کیفیت زندگی	۰/۵۳**	۰/۷۰**	۱		
معرفت دینی	۰/۴۶**	۰/۳۵**		۱	
عزت نفس	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۰/۲۷*	۰/۶۱**	۱
خودبستگی	۰/۳۸**	۰/۴۲**	۰/۲۶*	۰/۵۴**	۰/۴۸**
پذیرش دیگران	۰/۲۹**	۰/۳۱**	۰/۲۱*	۰/۳۶**	۰/۴۱**

جدول فوق نشان می دهد که همبستگی و رابطه بین ابعاد تواضع/ تکبر و ابعاد بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی آزمودنی ها در سطح ($P < 0.01$) به صورت مستقیم معنادار است. با توجه به نتایج ملاحظه می شود، بین مولفه های معرفت دینی، عزت نفس، خودبستگی و پذیرش دیگران با مولفه های بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی از بهزیستی معنوی و همچنین با مولفه های کیفیت زندگی رابطه مثبتی وجود دارد. به عبارت دیگر، آزمودنی هایی که در خرده مولفه های تواضع نمره بیشتری گرفتند از بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بیشتری برخوردارند.

به منظور تعیین سهم مولفه های تواضع/ تکبر در پیش بینی بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی، این متغیرها وارد معادله تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام شدند. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، مفروضه های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از برقراری نرمال بودن چند گانه نمرات متغیرها بود. زیرا باقیمانده ها به طور نرمال در اطراف نمرات پیش بینی شده مولفه های بهزیستی معنوی توزیع شده بودند. همچنین به دلیل اینکه همبستگی بین متغیرهای مستقل کمتر از ۰/۷ بود، هم خطی چند گانه وجود نداشت و همچنین نمرات پرت وجود نداشت.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون متغیر تکبر / تواضع جهت پیش بینی بهزیستی مذهبی

گام ها	b	خطای استاندارد	β	t	R	R ^۲	R ^۲ تعدیل شده	F	P
۱	معرفت دینی	۰/۲۹	۰/۳۳	۵/۵۶	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۲۰	۱۸۰/۲۲	۰/۰۰۱
	مقدار ثابت	۲۸/۵۳		۲۳/۵۶					
۲	معرفت دینی	۰/۲۱	۰/۲۴	۳/۸۶	۰/۴۷	۰/۲۷	۰/۲۷	۱۲۳/۳۳	۰/۰۰۱
	عزت نفس	۰/۰۷	۰/۲۳	۳/۶۴	۰/۳۴	۰/۵۲			۰/۰۰۸
	مقدار ثابت	۲۲/۰۳		۱/۲۹					
۳	معرفت دینی	۰/۲۱	۰/۲۵	۴/۰۰	۰/۳۶	۰/۲۹	۰/۳۱		۰/۰۰۱
	عزت نفس	۰/۰۶۷	۰/۲۱	۳/۳۸	۰/۲۶	۰/۵۴		۹۷/۳۴	۰/۰۰۱
	خودبستگی	۰/۱۱	۰/۱۵	۲/۶۴	۰/۲۴				۰/۰۰۹
	مقدار ثابت	۱۳/۰۷		۳/۲۷					
۴	معرفت دینی	۰/۲۱	۰/۲۵	۴/۰۳	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۳۱		۰/۰۰۱
	عزت نفس	۰/۰۷	۰/۲۳	۳/۷۳	۰/۲۲	۰/۵۵		۷۹/۱۴	۰/۰۰۱
	خودبستگی	۰/۱۲	۰/۱۵	۲/۷۴	۰/۱۹				۰/۰۰۱
	پذیرش دیگران	۰/۱۸	۰/۱۴	۲/۴۳	۰/۱۸				۰/۰۰۱
	مقدار ثابت	۱۷/۳۳		۴/۰۱					

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می شود، مولفه های معرفت دینی، عزت نفس، خودبستگی و پذیرش دیگران از مقیاس تواضع پیش بینی های معنادار بهزیستی مذهبی از بهزیستی معنوی می باشد. در گام اول معرفت دینی ۰/۲۱ واریانس بهزیستی مذهبی را تبیین نموده است. در گام دوم با افزوده شدن متغیر عزت نفس واریانس تبیین شده بهزیستی مذهبی به ۰/۲۷ رسیده است. در گام سوم نیز با ورود متغیر خودبستگی ۰/۲۹ واریانس بهزیستی مذهبی تبیین شده است. در گام چهارم با اضافه شدن متغیر پذیرش دیگران واریانس بهزیستی مذهبی به ۰/۳۰ رسیده است. همچنین با توجه به نتایج مشاهده شده معرفت دینی بیشترین سهم را در تبیین واریانس بهزیستی مذهبی دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون متغیر تکبر / تواضع جهت پیش بینی بهزیستی وجودی

گام ها	b	خطای استاندارد	β	t	R	R ^۲	R ^۲ تعدیل شده	F	P
۱. خودبستگی	۱/۲۰	۰/۰۸		۱۴/۸۴					
مقدار ثابت	۲۵/۰۵	۱/۷۹	۰/۷۲	۱۳/۹۸	۰/۴۲	۰/۱۷	۰/۱۷	۱۴۹/۸۶	۰/۰۰۱
۲. خودبستگی	۰/۹۱	۰/۰۸		۱۰/۹۱					
عزت نفس	۰/۷۳	۰/۰۹	۰/۴۹	۷/۹۹	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۲۷	۱۱۴/۵۳	۰/۰۰۱
مقدار ثابت	۲۰/۷۳	۱/۷۴	۰/۳۸	۱۱/۹۲					
۳. خودبستگی	۰/۷۰	۰/۰۹		۷/۵۰					
عزت نفس	۰/۵۶	۰/۱۰	۰/۴۷	۵/۸۰	۰/۵۶	۰/۳۱	۰/۳۰	۸۷/۳۴	۰/۰۰۱
معرفت دینی	۰/۳۵	۰/۰۷	۰/۳۴	۴/۷۶					
مقدار ثابت	۱۸/۶۸	۱/۷۴	۰/۲۴	۱۰/۷۲					
۴. خودبستگی	۰/۵۹	۰/۱۰		۶/۱۳					
عزت نفس	۰/۴۶	۰/۱۰	۰/۲۸	۴/۷۱	۰/۶۱	۰/۳۷	۰/۳۸	۷۳/۱۲	۰/۰۰۱
معرفت دینی	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۱۹	۳/۷۵					
پذیرش دیگران	۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۱۶	۳/۴۸					
مقدار ثابت	۱۶/۶۷	۱/۸۱	۰/۱۱	۹/۲۰					

نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول فوق نشان می‌دهد که رگرسیون چندگانه پیش بینی معرفت دینی، عزت نفس، خودبستگی و پذیرش دیگران از مقیاس تواضع، از لحاظ آماری معنادار است ($F_{(۳/۱۲)} > P_{(۰/۰۱)}$) و این مولفه‌ها بخشی از واریانس بهزیستی وجودی از بهزیستی وجودی را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر این نتیجه نشان می‌دهد که ضرایب رگرسیون معنادار است. همچنین با توجه به R^2 می‌توان نتیجه گرفت که معرفت دینی، عزت نفس، خودبستگی و پذیرش دیگران از مقیاس تواضع در حدود ۰/۳۷ از واریانس بهزیستی وجودی را تبیین می‌کند.

به منظور بررسی تأثیر گذاری مولفه‌های تواضع بر دو مولفه‌ی بهزیستی معنوی (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) از ضرایب بتا استفاده شده است. ضرایب بتا با هر واحد تغییر در متغیرهای پیش بین به اندازه مقدار بتا در واریانس مولفه‌های بهزیستی معنوی تغییر ایجاد می‌گردد. بر اساس جدول ۳ و ۴ با هر واحد تغییر در واریانس های معرفت دینی، عزت نفس، خودبستگی و پذیرش دیگران از مقیاس تواضع به ترتیب به اندازه ۰/۲۸، ۰/۱۹، ۰/۱۶ و ۰/۱۱ در واریانس بهزیستی وجودی و همچنین همین مولفه‌ها به اندازه ۰/۳۰، ۰/۲۲، ۰/۱۹ و ۰/۱۸ در واریانس بهزیستی مذهبی تغییر ایجاد می‌گردد. بنابراین با توجه به ضرایب بتا محاسبه شده تأثیر مولفه‌های تواضع بر بهزیستی مذهبی بیشتر گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون متغیر تکبر / تواضع جهت پیش بینی کیفیت زندگی

گام ها	b	خطای استاندارد	β	T	R	R ²	R ² تعدیل شده	F	P
۱. عزت نفس مقدار ثابت	۰/۳۳	۰/۰۵	۰/۲۷	۵/۷۲	۰/۲۷۵	۰/۷۶	۰/۰۷۳	۳۲/۷۸	۰/۰۰۷
۲. عزت نفس معرفت دینی مقدار ثابت	۰/۲۷ ۰/۲۳	۰/۰۵۹ ۰/۰۵۷	۰/۲۲۸ ۰/۱۱۹	۴/۶۹ ۴/۰۹	۰/۳۳۶	۰/۱۱۳	۰/۰۷۳	۲۵/۴۲	۰/۰۰۱
۳. عزت نفس معرفت دینی خودبستگی مقدار ثابت	۰/۲۴ ۰/۲۲ ۰/۱۸	۰/۰۶۰ ۰/۰۵۶ ۰/۰۷۸	۰/۲۰ ۰/۱۹ ۰/۱۱	۴/۰۸ ۳/۹۷ ۲/۳۲	۰/۳۵۳	۰/۱۲۵	۰/۱۱۸	۱۸/۹۵	۰/۰۰۲

جدول فوق نشان می دهد که تأثیر معرفت دینی، عزت نفس، خودبستگی و پذیرش دیگران بر کیفیت زندگی آزمودنی ها به طور مستقیم ($P > 0/01$) از نظر آماری معنادار است. به عبارت دیگر مولفه عزت نفس در ابتدا و سپس معرفت دینی تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی آزمودنی ها دارد. همچنین در مجموع عزت نفس به تنهایی $0/760$ و با ورود مولفه عزت نفس $0/113$ واریانس کیفیت زندگی آزمودنی ها را تبیین می کند و $0/125$ توام توسط معرفت دینی، عزت نفس، خودبستگی و پذیرش دیگران تبیین می شود.

جدول ۶: مقایسه متغیرهای بهزیستی معنوی، کیفیت زندگی و تواضع / تکبر با توجه به جنسیت

متغیر وابسته	شاخص ها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P
بهزیستی معنوی	مذهبی	۳۵۱/۶۷	۱	۳۵۱/۶۷	۴/۸۹	۰/۰۳
	وجودی	۱۰/۴۰	۱	۱۰/۴۰	۰/۱۰	۰/۰۷
	کل	۲۴۱/۱۲	۱	۲۴۱/۱۲	۰/۸۲	۰/۱۲
تواضع	پذیرش دیگران	۷۰/۷۴	۱	۷۰/۷۴	۴/۶۷	۰/۰۹
	خودبستگی	۳۴۴/۸۰	۱	۳۴۴/۸۰	۲۱/۵	۰/۱۳
	عزت نفس	۱۴۴/۰۷	۱	۱۴۴/۰۷	۶/۵۶	۰/۰۱۲
	معرفت دینی	۷۰/۷۴	۱	۷۰/۷۴	۴/۶۷	۰/۲۱
	کل	۲۱۰۳/۰	۱	۲۱۰۳/۰	۹/۱۹	۰/۱۱
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی	۱۴۶/۸	۱	۱۴۶/۸	۵/۳۴	۰/۰۹۷

به منظور مقایسه نمرات مقیاس بهزیستی معنوی، تواضع و کیفیت زندگی نوجوانان پسر و دختر از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مولفه بهزیستی مذهبی و عزت نفس بین نوجوانان دختر و پسر تفاوت معناداری ($P > 0/03$) و ($P > 0/01$) و ($F = 4/89$) وجود دارد که میانگین نوجوانان دختر در مولفه بهزیستی مذهبی بیشتر از میانگین نوجوانان پسر و میانگین نوجوانان پسر در مولفه عزت نفس از مقیاس تواضع بیشتر از میانگین دختران می باشد.

نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین رابطه و پیش‌بینی بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی دانشجویان بر اساس مولفه‌های تواضع/ تکبر بود. نتایج در زمینه ارتباط تواضع دانشجویان و بهزیستی معنوی نشان داد که مولفه‌های تواضع با بهزیستی معنوی رابطه معنادار دارند و قادرند هر دو جنبه ابعاد بهزیستی معنوی (مذهبی و وجودی) را پیش‌بینی کنند. این نتایج با یافته‌های کروز (۲۰۱۴) و سیلوا و همکاران (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. نتایج گام به گام مدل رگرسیون نشان داد که معرفت دینی بیشترین توان پیش‌بینی به نسبت دیگر مولفه‌ها در بهزیستی مذهبی دارد و مولفه عزت نفس نیز بیشترین توان پیش‌بینی را در بهزیستی وجودی بدست آورده است. در تبیین مولفه‌های تواضع در بهزیستی معنوی می‌توان گفت دانشجویان واجد معرفت دینی از باور مناسبی به اصل دین برخوردار بوده و هیجان مثبتی هنگام انجام تکالیف و آیین‌های دینی دارند و از این باور چهارچوبی جهت تفسیر و توصیف تجارب زندگی و فراهم سازی نوعی انسجام وجودی ایجاد می‌کنند همچنین اینگونه دانشجویان بر پایه همین باورهای مذهبی به خدا باور دارند و همین نگرش به زندگی فرد هدف داده و در کل لذت درونی بیشتری را درک می‌کنند. به تعبیر دیگر دانشجویانی که دارای معرفت دینی هستند عموماً تفکراتی در مورد توکل به خدا دارند و احساس می‌کنند که خداوند همیشه با آنهاست و آنها را رها نمی‌کند که همین سامانه باور منسجم باعث می‌شود که افراد برای زندگی معنی پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند و خود را به عنوان فردی مذهبی - معنوی قلمداد می‌کنند (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین در زمینه تبیین مولفه عزت نفس نیز می‌توان گفت افراد متواضع عموماً خود ارزیابی واقع‌نگرانه‌ای از خود داشته و خود را با تمام استعدادها، توانایی‌ها، ضعف‌ها و نقایص می‌پذیرند و از این رو، برخوردهای اجتماعی او نیز از خودمحوری به دور خواهد بود و از آنجا که یکی از ویژگی بارز بهزیستی معنوی فراهم سازی عزت نفس و احساس خود ارزشی است بنابراین افراد از طریق حمایت اجتماعی یا منابع مقابله‌ای که بر اساس این ویژگی کسب می‌کنند در بهزیستی معنوی افراد نقش موثری داشته باشد. در واقع افراد متواضع نیاز کمتری به تأیید اجتماعی دارند. چنین افرادی منبع درونی ثابت و قوی برای تولید هیجان مثبت دارند. بنابراین نیازی نمی‌بینند این خلأ را در روابط اجتماعی بیابند. به عبارتی آنها به دلیل داشتن پایگاه درونی هیجان مثبت در عین پذیرش دیگران، از خودبسنندگی هیجان برخوردارند و بر اساس همین ویژگی قادر هستند به مشکلات زندگی، فشارهای روانی و تحصیلی و شکست‌ها معنی بدهد و از طریق مقابله با این مشکلات از بار فشار روانی بکاهد (هراتیان و همکاران، ۱۳۹۲).

یافته‌ی دیگر این پژوهش در زمینه‌ی ارتباط مولفه‌های تواضع با کیفیت زندگی نشان از رابطه مثبت و معنادار مولفه‌های تواضع با کیفیت زندگی دارد. نتایج این یافته‌ها به طور غیر مستقیم با نتایج کروز (۲۰۱۴) و سیلوا و همکاران (۲۰۱۱) هماهنگ و همسو می‌باشد. نتایج گام اول مدل رگرسیون گام به گام نشان داد که عزت نفس بالاترین توان برای تبیین کیفیت زندگی را دارد و از این یافته می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که دانشجویانی که عزت نفس بیشتری دارند آنهاپی

هستند که ارزیابی واقع‌گرانه‌ای در مورد استعدادها و توانایی خود دارند و از دیدگاه کمتر خودمحموران‌های در مرادوات اجتماعی برخوردار بوده و همچنین سلامت روانی و اجتماعی بیشتری نیز دارند که سبب کیفیت زندگی بهتر خواهد شد (کوستانزا و همکاران، ۲۰۰۷). این قدرت پیش‌بینی با ورود مولفه معرفت‌دینی کاهش یافته و این کاهش موید این نکته است که معرفت‌دینی دارای این قابلیت نیز هست که خود را به عنوان یک متغیر واسطه‌ای مطرح سازد. در واقع در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این امر اشاره کرد که سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی، در بافت فرهنگی و سامانه ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، آرزوها، ملاک‌ها و الویت‌ها تعریف کرده است (آدیکاری و گاتمن^۱، ۲۰۱۰؛ راونس سیرر و بولینجر^۲، ۱۹۹۸؛ رونن، روزنوم، لاو و استرینر^۳، ۲۰۰۱). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ، سیستم ارزشی جامعه، اهداف، انتظارات و معیارهای هر فرد است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵؛ ایسیخان، گانر و کومرکا^۴، ۲۰۰۱). بنابراین کیفیت زندگی از دیدگاه افراد، در موقعیت‌های مختلف متفاوت بوده و به رضایت فرد از زندگی خود برمی‌گردد و با عواملی مانند: سن، فرهنگ، جنسیت، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، محیط اجتماعی و بیماری ارتباط پیدا می‌کند (کینگ^۵، ۲۰۰۳). کیفیت زندگی نگرشی بر جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی سلامتی به عنوان ابعاد مجزا از یکدیگر که تحت تاثیر انتظارات، اعتقادات، تجربیات و تصورات فرد قرار می‌گیرند، دارد (حامدی نیا و گلستانی، ۱۳۸۳).

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که از بین متغیرهای پژوهش، منحصراً بین مولفه‌های بهزیستی مذهبی و عزت‌نفس در دختران و پسران تفاوت معناداری وجود داشت ولی بین دیگر مولفه‌ها تفاوت معناداری در بین دو جنس بدست نیامد. نتایج نشان داد که دختران نسبت به پسران نمرات بالاتری در مقیاس بهزیستی مذهبی بدست می‌آورند، و پسران نیز در مولفه عزت‌نفس نمرات بیشتری نسبت به دختران کسب کردند. در تبیین تفاوت نمرات در بهزیستی مذهبی می‌توان به اجتماعی شدن زنان، نوع تجارب زندگی و نقش‌هایی که از آنان انتظار می‌رود و راهبردهای مقابله‌ای متفاوت آن‌ها نسبت به مردها اشاره کرد. در واقع نقش‌ها و رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی به زنان نسبت داده می‌شود با برخی از هنجارهای مذهبی سازگارتر است. همچنین نتایج نشان داد که پسران نمرات بیشتری در مولفه عزت‌نفس از دختران کسب کردند. مطالعات متعدد نتایج متفاوتی را در این زمینه گزارش کردند به طوری که برخی پژوهش‌ها نشان دادند که تفاوتی بین دو جنس در عزت‌نفس وجود ندارد اما مطالعات هارتر (۱۹۹۹)، وید، تامسون، تشکری و والنته^۵ (۱۹۸۹)، جوزفر، مارکوس و تافردی (۱۹۹۲)، بایرن (۲۰۰۰)

1. Adhikari, & Gautam
2. Ravens-Sieberer, & Bullinger
3. Ronen, Rosenbaum, Law, & Streiner
4. Isikhan, Guner, & Komurcu
5. Wade, Thompson, Tashakkori, & Valente

و فرانسیس و جیمز (۱۹۹۶) نشان دادند که عزت نفس در مردان بالاتر از زنان می‌باشد که این یافته‌ها همسو و هم‌جهت با نتایج پژوهش حاضر است. در تبیین این تفاوت می‌توان به طرحواره خود در زنان و مردان اشاره کرد. طرحواره خود در زنان، به صورتی وابسته به دیگران است که در آن روابط با دیگران خصوصا با افراد نزدیک عنصر مهم این طرحواره‌ها هستند اما طرحواره خود در مردان به صورت مستقل و فردی است به طوری که دیگران بخشی از طرحواره نیستند. بنابراین آنچه تصویر مثبت از خود را می‌سازد ثابت نیست. به عبارتی دیگر عزت نفس در مردان حاصل استقلال از دیگران بودن است اما عزت نفس در زنان وابسته به دیگران است، بنابراین به همین دلیل است که در زنان میزان عزت نفس کمتر از مردان می‌باشد.

از آنجایی که عوامل درونی (شخصیتی) و بیرونی با بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی مرتبط است، از این رو برای متخصصان و برنامه‌ریزان ضروری است تا با شناخت عوامل شخصیتی دانشجویان، برجسته‌سازی مذهب (مولفه‌های اسلامی) و معنویت در زندگی آنها به درک و ارتقاء بهزیستی و افزایش کیفیت زندگی دانشجویان کمک نمایند.

منابع

- اکبری، الله رضا؛ فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). ساخت مقیاس سنجش دنیا‌گرایی (مسد) براساس متون دینی. روانشناسی و دین، ۴(۲). ۱۱۱-۱۷۱.
- جعفری، عیسی؛ حاجلو، نادر؛ فغانی، رامین؛ خزان، کاظم (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روانشناختی با سلامت روانی سالمندان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۶)، ۴۳۰-۴۴۰.
- حامدی‌نیا، محمدرضا و گلستانی، علی (۱۳۸۳). کیفیت زندگی مربوط به تندرستی در بین اعضای هیات علمی فعال و غیر فعال از نظر بدنی در دانشگاه‌های سبزوار، سال دوازدهم - شماره ۴ (پیاپی ۲۸).
- حسین دخت، آرزو؛ فتحی آشتیانی، علی و تقی‌زاده، محمد احسان (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. روانشناسی و دین، ۶(۲)، ۵۷-۷۴.
- دهشیری، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز؛ جعفری، عیسی؛ نجفی، محمود (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان، مطالعات روانشناختی، ۴(۳)، ۱۲۹-۱۴۴.
- شهیدی، شهریار و مصطفی، حمدیه (۱۳۸۱). اصول مبانی بهداشت روان، اشارات سمت، تهران. صفائی‌راد، ایرج؛ کریمی، لطف‌الله؛ شموسی، نعمت‌الله؛ احمدی‌طهور، محسن (۱۳۸۹). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۷(۴)، ۲۷۴-۲۸۰.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). آزمون روانشناختی، ارزیابی شخصیت و سلامت روان، تهران،

بعثت.

محمودی، مریم؛ زهراکار، کیانوش؛ شعبانی، حسن (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان. روانشناسی تحولی، ۱۰ (۳۷)، ۷۹-۷۱.

نجات، سحرناز، منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجد زاده، رضا (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. فصلنامه دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی، (۴)؛ ۱-۱۲.

واحدی، شهرام و غنی زاده، سمیه (۱۳۸۸). الگوی تحلیل مسیر روابط بین انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روانشناختی دانشجویان. پژوهش در سلامت روانشناختی، ۳(۲)، ۲۷-۴۲.

ولی زاده، ابوالقاسم؛ آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۹). آزمون اولیه سنجش حسادت با تکیه بر منابع اسلامی، روانشناسی دین، ۳(۲)، ۴۵-۶۰.

اله بخشیان، مریم؛ جعفرپور علوی، مهشید؛ پرویزی، سرور و حقانی، حمید (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروز. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۱۲ (۳)، ۲۹-۳۳.

هراتیان، عباسعلی، آگاه هریس، مژگان و موسوی، الهام (۱۳۹۲). ساخت و اعتبار یابی اسلامی تکبر- تواضع. روانشناسی و دین، ۲۴ (۴)، ۵-۲۲.

نصیری، حبیب الله (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه علم و صنعت.

- Adhikari, D.R & Gautam, D.K. (2010). Labor legislations for improving quality of work life in Nepal. *International Journal of Law and Management*, 52 (1), 40-53.
- Ahmadigatab, T. (2011). Studying the relationship between life quality and religious attitude with students general health. *Social and behavioral sciences*, 30, 1976 – 1979.
- Ahmadigatab, T., Shayan, N., Medizade, R., Taheri, M. (2011). students life quality prediction based on life skills. *Social and behavioral sciences*, 30, 1980 -1982.
- Armstrong, D.J., Riemenschneider, C.K., & Allen, M.W. (2007). Advancement, voluntary turnover and women IT: A cognitive study of work- family conflict. *Information & Management*. 2(44): 142-153.
- Blazer, D.G.) 2003). Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 58(3): 249-65.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety , fear , self steem and coping strategies in adolescence. *Adolescence*. 35 (137). 201 – 215.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, A., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, L.N., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Gayer Elliott, D., MacDonald Glenn, L., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Turab Rizvi, S.A., Rizzo, M.D., Simpatico, T., & Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267-276.

- Davis, D.E., Worthington, E., Hook, J.N. (2010). Humility: Review of measurement strategies and conceptualization as personality judgment, the journal of positive of psychology. 5, 4, 243- 252.
- Elliott, J.C. (2010). Humility: Development and analysis of a scale. Doctor of philosophy degree, The University of Tennessee.
- Ellison, C. (1983). Spiritual Well-Being: Conceptualization and measurement, Journal of Psychology and Theology, 11, 330-340.
- Francis , L.J., & James, D.J. (1996). The relationship between Rosenbergs construct of self esteem and Eysencks two-dimensional model of personality. Journal of personality and individual Differences, 21 (4). 483 – 488.
- Gomez, R., Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well- being Questionnaire. Personality and Individual Differences. 35, 1975-1997.
- Hagerty, M.R., Cummins RA, Ferriss, A.L.(2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. Social Indicator Research; 55: 1-7.
- Harter, S. (1999). Support from close family members, in particular, has been associated with higher self- esteem for children and adolescents. Journal of Adolescents, 31. 210 – 227.
- Hartz, G. W. (2005). Spirituality and Mental Health: Clinical Applications, New York, Haworth press.
- Hawks, S.R., Hull, M., Thalman RL, Richins, P.M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. American Journal Health Promotion;9(5):371-8.
- Isikhan, V., Guner, P., & Komurcu, S. (2001). The relationship between disease featyres and quality of life in patients with cancer. Cancer Nursing , 24: 490-495.
- Jafari, E., Najafi, M., Sohrabi, F., Dehshiri, G.R, Solymani, E., Heshmati, R. (2010). Life satisfaction, spirituality well- being and hope in cancer patients. social and behavioral sciences, 5, 1362 – 1366.
- Jia, H., Zack, M.M., & Thompson, W.W. (2011). State quality-adjusted life expectancy for U.S. adults from 1993 to 2008. Qual Life Res, 20(6):853–863.
- Josephs, R.A., Markus, H. R. & Tfarodi, R.W (1992). Gender and self-esteem. Journal of personality and social psychology, 63 (3), 391- 402.
- Jozwiak, J.L. (2007). The significance of religion on health factors related to aging among American adults using the national survey of midlife development in the United States [Thesis]. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.
- Krause, N. (2014). Exploring the relationships among humility, negative interaction in the church and depressed affect, aging & mental Health, 18, 970- 979.
- Lehto, s. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. Annals of Oncology. 16., 805-816.
- Luke, S.A., Longfor, J., Fieldstad, A.S., Fieldstad, C., Schank, B., Nickel, K.J., Montgomery, P.S., Gardner, A.W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. Health and Quality of Life Outcomes, 4:37-43.
- Malkoc, A. (2011). Quality of life and subjective well- being in under graduate students, social and behavioral sciences. 15, 2843 – 2847.
- Newport, F. (2006). Religion Most Important to Blacks, Women, and Older Americans [Online]. Nov 29 [Cited 2010 Feb 11]; Available from: URL: <http://www.gallup.com/poll/25585/>

- religion-most-important-blacks-womenolder-americans.aspx.
- Paloutzian, R.F. & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spirituality well-being and quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds). *Loneliness: A Sourcebook for current theory, research and therapy*. New York: Wiley International science.
- Powell, L.H., Shahabi, L, Thoresen, C.E. (2003). Religion and spirituality. Link ages to physical health. *American Psychology*; 58(1): 36-52.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7, 399 – 407.
- Rethinam, G., & Ismail, M. (2008). Constructs of quality of work life: A perspective of information and technology professionals. *Eur J Soc Sci*. 7(1): 58-70.
- Ronen, G.M., Rosenbaum, P., Law, M., & Streiner, D. (2001). Health related quality of life in childhood disorders: a modified focus group technique to involve children. *Quality of Life Research*, 10, 71 - 79.
- Rosenberg, M.A., Fryback, D.G., Lawrence, W.F. (1999). Computing population-based estimates of health-adjusted life expectancy. *Med Decis Making*, 19:90–97.
- Rowatt, W. C. (2002). On being holier-than-thou or humbler-than-thee: A social psychological perspective on religiousness and humility. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 227-237.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/ Simon and Schuster.
- Silva, P.J., Kaufman, J.C., Palmon, R.R., Wigert, B. (2011). Cantankerous creativity: honesty-Humility, Agreeableness, and the HEXACO structure of creative achievement, *Personality and Individual Differences*, 51, 5, 687-689.
- Surbhi, K., & Bruce G. (2013). Near – Death Experiences and Spritual Well – being Surbhi Khanna. *Journal of Religion and health*, orginal paper.
- Tangney, J.T. (2002). *The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press. 411-419.
- Thoresen, C.E., Harris, A.H. (2002). Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? *Journal of Behavioral Medicine*; 24(1): 3-13.
- Wade, T.J., Thompson, V., Tashakkori, A. & Valente, E. (1989). Alongitudinal analysis of sex by race difference in predictors of adolescent self steem. *Personality and individual differences*, 10 717- 729.
- Worthington, E.L., Wade, N.G., High, T.L., Ripley, J.S., McCullough, M.E., Berry, J.W., et al. (2003). The Religious Commitment Inventory-10: Development, Refinement, and Validation of a Brief Scale for Research and Counseling. *Journal of Counseling Psychology*; 50(1): 84-96.